

Информированное добровольное согласие пациента на хирургическое лечение (операцию имплантации)

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 18, 19, 20, 21, 22, 23 Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации» и является необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства (в том числе стоматологического)

Я, _____ г.р.,
(Ф.И.О.)

являющийся (щаяся) законным представителем _____ г.р.
Я добровольно и свободно даю свое согласие на медицинское вмешательство – на проведение операции имплантации.

Находясь на лечении в ООО «Концепт Смайл» проинформирован(а) врачом-стоматологом _____ о состоянии зубочелюстной системы, наличии заболевания и о рекомендованном плане лечения.

Я даю согласие на установку дентальных имплантатов _____. Эта процедура может включать в себя восполнение кости материалами человеческого, животного или искусственного происхождения. Я понимаю, что эта процедура дает оптимальную реабилитацию функции жевательного аппарата.

Я понимаю, что для проведения операции необходимо сделать разрез и что внедрение имплантата проводится через специальное отверстие, сделанное стоматологическим сверлом в челюстной кости. После этого мягкие ткани будут закрыты швом и имплантат останется в покое в тканях кости на период до 6-9 месяцев, причем обычно первая фаза заживления, до снятия швов, около одной недели. И окончательная остеоинтеграция (заживление кости) идет в течение 6-9 месяцев. Эти сроки зависят от моего общего состояния здоровья, режима питания и других факторов.

Я понимаю, что по ходу исполнения операции могут возникнуть непредвиденные изменения и поэтому необходимы дополнительные мероприятия в виде фармакологических препаратов и курса лечения согласно профессиональному мнению лечащего врача.

У меня была возможность обсудить с врачом план хирургического вмешательства, установку имплантата и послеоперационных рекомендаций - не злоупотреблять курением, спиртными напитками в течении двух недель, необходимость использования антибиотиков, противовоспалительных препаратов. При возникновении сильной боли, повышении температуры тела необходимо сразу же связаться с лечащим врачом во избежание осложнений.

Я понимаю, что вследствие приема некоторых препаратов, возможно возникновение таких реакций моего организма, как вялость, сонливость, поэтому следует ограничить вождение автотранспорта. Я согласен ограничить нахождение за рулем или управление сложным оборудованием в течение 24 часов после операции. Я предупрежден(а) о возможных рисках после операции – отек, тризм (ограничение открывания рта), заложенность носа.

Я понимаю, что не может быть гарантий в отношении того, что результаты операции могут меня полностью удовлетворить, а также то, что в виду индивидуальных особенностей организма и несовершенства некоторых хирургических процедур существует риск неудачи или необходимости в дополнительном лечении. Проведение дополнительных хирургических мероприятий предполагает и дополнительные расходы.

Я предупрежден(а), что в случае отказа мое состояние может оставаться таким же или ухудшиться, а именно дальнейшая потеря костной ткани, ведущая за собой деформацию зубного ряда и даже невозможность дентальной имплантации в будущем, прогрессирование заболеваний зубо-челюстной системы, чрезмерная нагрузка на соседние зубы, что может привести к их потере.

При установке имплантата в целях контроля продукта врач сохраняет информацию об установленном им имплантате и компонентах (включая производственные данные, а также сроки стерильности) в медицинской карте.

При немедленной установке ортопедической конструкции после операции имплантации мною получены рекомендации от лечащего врача:

- регулярно самостоятельно выполнять гигиенические мероприятия в полости рта;
- использовать ирригатор через один месяц после фиксации ортопедической конструкции ежедневно;
- проводить профессиональную гигиену один раз в 3-6 месяцев (в зависимости от уровня самостоятельной гигиены);
- осмотр и рентгенологический контроль один раз в три месяца – в течение первого года функционирования ортопедической конструкции, один раз в шесть месяцев – в течение второго года и далее один раз в год.

Я уведомлен(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача может снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или негативно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я даю согласие на фотографирование, съемку и рентгенологическую запись во время операции или других необходимых стоматологических процедурах и публикацию этих материалов в научных целях.

Я получил(а) полную информацию об альтернативных методах лечения (установка частично-съёмного протеза, мостовидного протеза), ознакомился(лась) с наиболее рациональным планом лечения, принял(а) решение осуществить стоматологическое лечение на выше указанных условиях. Я доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения моего состояния.

До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты, являясь юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

Дата: «___» _____ 202__ г.

Подпись пациента: _____

В моем присутствии расписался врач-стоматолог-хирург: _____