

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

### на проведение хирургического лечения

(открытый синус-лифтинг, закрытый синус-лифтинг, проведение направленной костной регенерации, костная аутопластика, другое хирургическое вмешательство)

в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента, либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что хирургическое вмешательство (аугментацию костной ткани, открытый синус-лифтинг, закрытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика, другое вмешательство, в том числе с использованием лазера:

\_\_\_\_\_ )  
будет проводить врач-стоматолог (ФИО врача) {ФамилияИмяОтчествоВрача} и другие врачи ООО «Дентал Групп». В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

#### **1. Мне в доступной форме, разъяснена и понятна информация о сути лечения:**

Мне планируется провести операцию увеличения объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части). Я понимаю суть вмешательства и характер наиболее вероятных осложнений связанных с ним. Хирургия не является точной наукой, все осложнения не могут быть спрогнозированы и перечислены. Кроме того, хирург не может гарантировать 100% наращивания костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка, либо его части, равно, как и на нижней челюсти. Операции заключаются в проведении разреза и формирования лоскута (десны), препарирования кости для осуществления доступа к полости пазухи, отслаивании слизистой пазухи, введение биопластических материалов и их фиксация различными методами (остеокодукторы, остеоиндукторы или моя костная ткань), установки барьерной мембраны и ушивании раны. Для забора собственной костной ткани необходимы дополнительные разрезы в полости рта и забор костных блоков или стружки с нижней или верхней челюсти. Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции наращивания кости в области пазухи, или альвеолярного отростка нижней челюсти, однако такая возможность существует не всегда и оценивается врачом в процессе операции.

Допустимо уточнение диагноза в процессе лечения. В ряде случаев окончательный диагноз можно установить только в процессе операции.

Объем и сроки плана лечения могут измениться и будут зависеть от индивидуальных особенностей моего организма и клинической картины во время проведения лечения и после лечения.

При этом я информирован(а) о других(альтернативных) способах лечения, их преимуществах и недостатках \_\_\_\_\_

#### **Возможные последствия на этапах и после лечения, а именно;**

под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок.

Возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении): аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры.

В процессе операции – кровотечение, натяжение уголков рта, трещины в углах рта, нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что может привести к необходимости отказаться от продолжения или выполнения операции.

После операции возможны дискомфорт, отёк, заложенность носа, а также болезненность.

Мне понятно, что не смотря на асептику и антисептику в процессе операции и после нее возможны: инфицирование раны и верхнечелюстной пазухи, болезненность, кровоточивость из раны в полости рта и из носа, гематома мягких тканей, временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и нёба, утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, усугубление патологии ВНЧС при её наличии, развитие воспаления, присоединение инфекции, в том числе гноеродной флоры, образование свища, а также необходимость \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ проведении \_\_\_\_\_ дополнительной \_\_\_\_\_ операции \_\_\_\_\_

**2. Я обязуюсь** выполнять все рекомендации врача до, и после операции:

Принимать назначенные лекарственные средства.

Не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока, определённого врачом.

Не принимать алкоголя и наркотических средств.

Соблюдать гигиену полости рта, а также, являться на профилактический осмотр 1 раз в 1,5 месяца в первые 6 мес. после операции, 1 раз в 3 месяца, в последующие 6 месяцев, 1 раз в год в дальнейшем и в индивидуальные сроки, установленные врачом. Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если пациент не найдет возможности лежать неподвижно и будет шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы повреждения лица и мягких тканей. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если пациент не найдет возможности лежать неподвижно и будет шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы повреждения лица и мягких тканей. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в стоматологической клинике, и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь гарантии. Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике.

**Я предупреждён, что курение препятствует процессам заживления раны, и может вызвать отторжение остеопластического материала, привести к отрицательному результату операции и еще более усугубить первоначальную клиническую ситуацию.**

---

**Мне объяснена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.**

- Гарантийный срок на проведенную операцию по костной пластике не предоставляется. Клиника гарантирует проведение операции квалифицированным специалистом, использование стерильного оборудования и инструментария и материалов, сертифицированных на территории РФ.
- Хирургия не является точной наукой, в настоящей форме информированного согласия не могут быть перечислены все осложнения, которые могут возникнуть при проведении данной процедуры. Кроме того, хирург не может гарантировать 100% наращивания костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части).
- Клиника не несет ответственности за результат операции и снимает гарантии в случае курения пациента, несоблюдения назначений и рекомендаций доктора, неявки на контрольные осмотры, несоблюдения гигиены полости рта и рекомендаций по проведению процедур профессиональной гигиены полости рта, не предоставления (полностью или частично) данных о состоянии здоровья (перенесенные и сопутствующие заболевания).
- При необходимости проведения повторной операции (неудовлетворительный результат операции или отторжение костнопластического материала) оплата производится в полном объеме согласно прейскуранту. Во всех остальных случаях пациент оплачивает только стоимость материалов \_\_\_\_\_

---

**Мне названы и со мной согласованы:**

Технологии (методы) и биоматериалы, которые будут использованы при лечении.

Сроки проведения лечения. Стоимость отдельных процедур и лечения в целом. Известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

**Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования** (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма;
- консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля: \_\_\_\_\_

---

**Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:**

-точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,

-последовательное выполнение пациентом **всех этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

Дополнительно: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения. *Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях. Экземпляр договора мною получен.*

**Вариант 1.**

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_ (подпись пациента) \_\_\_\_\_ (ФИО пациента) {ТекущаяДатаПолная} г

Врач \_\_\_\_\_ ({ФамилияИмяОтчествоВрача}) {ТекущаяДатаПолная} г

**Вариант 2.**

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ (подпись пациента) \_\_\_\_\_ (ФИО пациента) {ТекущаяДатаПолная} г

Врач \_\_\_\_\_ ({ФамилияИмяОтчествоВрача}) {ТекущаяДатаПолная} г