

Информированное согласие пациента на проведение амбулаторного стоматологического хирургического вмешательства и установку дентальных имплантатов. Данный документ не является договором, не предусматривает никаких обязательств, не снимает ответственности с персонала клиники и подписывается пациентом в соответствии с требованиями закона «Об охране здоровья граждан»

Я, _____, (Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

с моего согласия, подробно и в доступной для меня форме информирован(а) лечащим врачом о состоянии моего стоматологического здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии стоматологического заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения (терапевтического, медикаментозного, оперативного, ортопедического), связанном с ними риске, а также последствиях отказа от медицинского лечения. Мне разъяснено, что я должен (должна) поставить врачей в известность обо всех моих проблемах со здоровьем в прошлом и настоящем, обо всех острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарств, а также о злоупотреблении алкогольными или наркотическими препаратами.

Я проинформирован(а) о необходимости хирургического вмешательства (удаление зубов и корней, хирургическое лечение десен, пластика уздечек, удаление костных и мягкотканых образований, хирургических разрезов и установке имплантата, получил(а) полную информацию об альтернативных методах лечения (съёмное протезирование и другие). Все положения и термины мне разъяснены врачом и понятны. Я пришел(ла) к выводу, что мне необходимо проведение хирургического вмешательства.

Я получил(а) подробные объяснения по плану лечения, по срокам лечения, предупрежден(а) о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после хирургической операции, а также при проведении анестезии и при приеме лекарственных средств. Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и в настоящее время.

Рентгенологическое обследование. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля до операции, после операции и во время проведения контрольных осмотров (внутриротовые рентгенограммы, панорамная и компьютерная томография).

Анестезия. Я осознаю риск, связанный с анестезией, которая может вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, отек Квинке, анафилактический шок, головную боль, крапивницу, кровотечение, гематому, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи.

Операция. Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения, а также возможный среднестатистический процент выздоровления (восстановления) – 90-95%. Я осознаю, что стоматология и хирургия не являются точной наукой, и поэтому врачи не могут полностью гарантировать результат. Я согласен(на), что никто не может предсказать точный результат планируемой операции, и данная операция имеет определенную степень риска. Я понимаю, что мои ожидания могут не совпадать с итоговым результатом лечения.

Я согласен(на) на использование при необходимости шовных и перевязочных материалов, коснозамещающих остеопластических материалов, винтов, пинов и мембран любого вида на усмотрение лечащего врача в момент и после операции.

Я согласен(на), что во время обследования и операции ситуация может измениться, и доверяю врачу действовать согласно его решения в угоду моему здоровью и лучшему результату.

Послеоперационный период. Я добровольно принимаю на себя обязанность следовать рекомендациям и предписаниям лечащего врача, регулярно принимать назначенные препараты, являться на контрольные осмотры, соблюдать гигиену полости рта.

Я обязуюсь информировать врача о проблемах, возникших в процессе лечения или по его окончании для того, чтобы свести риски к минимуму, а также немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приём любых не прописанных препаратов (например, от головной боли, от гриппа и т.д.).

Я понимаю, что после операции могут возникнуть болевые ощущения, припухлость мягких тканей, повышение температуры тела, возможно онемение губы, подбородка, языка, аллергические реакции, явления гайморита, ограничение открывания рта и т.д.

Осложнения. Я понимаю риск возможных осложнений, что возможно неприживание (отторжение) имплантата или увеличение продолжительности процесса заживления по сравнению с обычным сроком (более 4-6 месяцев), некротические изменения в кости, воспаление десны, гайморит, кровотечение, возможные деформации, онемение или зуд языка, губ, зубов, тканей (парестезия), перелом челюсти, реакции на медикаменты до, во время и после хирургического вмешательства.

Протезирование. Я понимаю необходимость обязательного восстановления зубных рядов протезами в оговоренные сроки.

Контрольные осмотры и профилактика. Я осознаю ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта, согласен(на) являться на профилактические осмотры 1 раз в 3 месяца для ревизии состояния имплантатов и десны, а также для проведения профессиональной гигиены в сроки, назначенные врачом. Я знаю, что в случае несоблюдения мною гигиены полости рта и в случаях неявки на плановые бесплатные профилактические осмотры возможно ухудшение состояния десны и костной ткани и отторжение имплантата. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно моего заболевания и его лечения и получил(а) на них полные и понятные ответы.

Я доверяю врачам клиники ООО «Дизайн улыбки» и прошу провести хирургическую операцию по удалению зуба, кисты, корней, пластику десен, вживлению дентального(ных) имплантата(ов), а также любые необходимые для этого манипуляции (синус-лифтинг, расщепление гребня, костная пластика, пересадка костных блоков и т.п. согласно плану лечения и решению врача).

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ ДОКУМЕНТ И СОЗНАТЕЛЬНО ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, И ЧТО ВСЕ СВЯЗАННЫЕ С НИМ ОБЪЯСНЕНИЯ БЫЛИ СДЕЛАНЫ.