

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство: «Дентальная имплантация».**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Законом от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

1. Я (Ф.И.О.) _____

даю свое согласие на проведение мне оперативного вмешательства по дентальной имплантации.

Мне объяснили о возможных альтернативных методах лечения, но я осознанно сделал выбор и уполномочиваю врача _____ провести мне операцию дентальной имплантации.

Я подтверждаю, что получил подробную информацию от доктора в устной форме, а также в виде информационного буклета, о подробном описании всех этапов данного вмешательства. Я понимаю необходимость соблюдения всех сроков хирургического и ортопедического этапов дентальной имплантации и готов их соблюдать. Мне понятно, что до начала операции имплантации я могу от нее отказаться.

Мне известно, что медицинская деятельность отнесена к категории опасных, что может быть связано, как с состоянием организма пациента, так и с лекарственными препаратами, индивидуальная непереносимость которых не регламентирована какими либо документами. Я знаю, что не может быть гарантии на срок функционирования имплантата. Мне известно, что мой лечащий врач работает по протоколу, утвержденному МЗРФ, и гарантирует четкое соблюдение этого протокола.

Мне разъяснено, что перед проведением операции имплантации я обязан пройти гигиеническую чистку и санацию полости рта, рентгеновское обследование, принимать назначенные мне врачом лекарства, пройти все необходимые дополнительные обследования, которые могут потребоваться в процессе лечения.

Мне известно, что при операции имплантации возможны различные осложнения:

- аллергические реакции на медикаментозные препараты, используемые при проведении медицинских манипуляций.

- кровотечение из раны, воспаление, повреждение соседних зубов или их корней.

- Операция на верхней челюсти может осложниться перфорацией верхнечелюстной пазухи, полости носа, а на нижней челюсти – повреждением нижнего альвеолярного нерва, с возможным нарушением чувствительности подбородка, губ и языка. Такие поражения могут держаться несколько недель, до 6 месяцев и даже остаться навсегда. В некоторых случаях поражение нервных ветвей может потребовать удаления имплантата.

Мне известно, что все эти осложнения не связаны с нарушением технологии имплантации, и что для устранения этих нежелательных проявлений потребуется дополнительное лечение, которое я согласен оплатить по преискуранту лечебного учреждения.

Мне понятно, что проведение обследования - компьютерной томограммы значительно снизит риск возможных осложнений во время операции. Я даю согласие на проведение мне рентгенологического обследования до, во время и после лечения.

Я осведомлен, что в процессе оперативного вмешательства может возникнуть необходимость изменения или отклонения от планируемого лечения, что диктуется возникшей клинической необходимостью. Я согласен оплатить медицинские услуги в полном объеме.

Мне разъяснено, что окончательный план протезирования будет определен, и я с ним ознакомлен после успешного имплантирования и приживления имплантата.

Мне объяснено, что имплантат может отторгаться, что связано с особенностями моего организма, и эти особенности нельзя предусмотреть заранее, и они не связаны с проводимым лечением. В этом случае я не буду иметь материальных претензий к лечебному учреждению, и требовать возврата средств за проведенное лечение.

Мне объяснили, что в случае неудачной имплантации я могу ее повторить через некоторое время, при этом повторно мне не нужно будет оплачивать за сам имплантат.

Я согласен/а регулярно посещать врача для проведения профессиональной гигиены в установленные сроки после операции имплантации, а также после окончания протезирования.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо немедленно обратиться к лечащему врачу для осмотра.

Я в «Анкетe здоровья» указал/а все перенесенные мною заболевания и лекарственные препараты, которые я принимаю. Я понимаю, что прием лекарственных средств перед имплантацией, без уведомления лечащего врача может привести к нежелательным последствиям. Я понимаю, что курение, прием алкоголя, наркотических средств неблагоприятно влияют на «вживление» имплантатов и ухудшают результат имплантации.

Я согласен/а, регулярно посещать лечащего врача для контрольных и профилактических осмотров. Я обещаю, не управлять транспортным средством пока не закончится действие лекарств, введенных во время операции.

Я подтверждаю, что прочитал/а и понял/а все вышеизложенное, имел/а возможность обсудить с врачом все непонятные мне вопросы, связанные с проведением мне хирургического вмешательства. На все заданные вопросы я получил/а удовлетворившие меня ответы.

Подпись пациента _____ / _____ /

Подпись лечащего врача _____ / _____ /