

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ ПО УВЕЛИЧЕНИЮ ВЫСОТЫ (ШИРИНЫ) ГРЕБНЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА (для ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ИМПЛАНТАЦИИ)

От _____ 202__ г.

Я, _____

(ФИО)

выбрал(а) имплантацию зубов как один из предложенных мне видов стоматологического протезирования и, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о том, что имеющейся у меня объем костной ткани недостаточен для постановки мне имплантатов в связи с существенной атрофией кости после удаления зуба, а также особенностями индивидуального анатомического строения кости и верхнечелюстных пазух.

Мне разъяснено и понятно, что операция по увеличению высоты (ширины) гребня альвеолярного отростка челюстных костей является одним из способов решения этой проблемы и представляет собой дополнительную хирургическую операцию по увеличению объема костной ткани по месту планируемой имплантации.

Такая операция может быть выполнена различными методиками, такими как расщепление гребня, подсадка костного материала, направленная регенерация костной ткани, а также комбинацией перечисленных методик.

- Методика расщепления гребня заключается в механическом расщеплении гребня альвеолярного отростка челюстных костей специальными инструментами и заполнением образовавшегося пространства специальным костеобразующим материалом или же возможна пересадка собственной кости пациента в смеси с костеобразующими материалами. Таковое заполнение сформированного в ходе операции пространства через 3-6 месяцев должно заместиться собственной костной тканью.

- Направленная регенерация костной ткани заключается в создании будущего объема кости специальными мембранами и заполнения образовавшегося пространства собственной измельченной костью или описанными выше костеобразующими материалами, как в смеси с собственной костью пациента, так и без, что через 3-6 месяцев должно привести к образованию собственной кости.

- Подсадка костного материала осуществляется при необходимости создания относительно больших объемов кости, особенно по высоте и заключается в моем случае в аутотрансплантации (аутотрансплантаты - трансплантаты, пересаженные тому же индивидууму, у которого они взяты) костных блоков в область будущей имплантации. В данной методике также часто применяются

костеобразующие материалы, как в смеси с собственной костью пациента, так и без. Через 3-6 месяцев аутотрансплантаты должны прижиться и, тем самым, увеличить объем кости.

Вопрос о возможности одномоментной имплантации при всех указанных методиках решается стоматологом-хирургом индивидуально, в зависимости от множества анатомических и медицинских факторов.

Также мне разъяснено, что зачастую для большей успешности данного оперативного вмешательства могут потребоваться дополнительные медицинские манипуляции, такие как:

- использование специальных барьерных мембран;
- предварительный забор небольшого количества крови для изготовления тромбоцитарной массы;
- забор собственной костной ткани для создания аутотрансплантатов или измельчения и смешивания с костеобразующими материалами.

Такой забор блоков собственной кости возможен из различных участков организма человека (бедренная и подвздошная кости, височная область и многие другие), но в моем случае осуществляется в области подбородка или ветви нижней челюсти и заключается в выпиливании кусочков кости необходимого размера с последующим ушиванием раневой поверхности,

возможно с применением костеобразующих материалов и мембран. Для измельчения костных блоков в случае необходимости используют специальные костные мельницы. Так же возможно получение костной стружки используя специальные костные скребки или же в области одномоментно проводимой операции (например, удаление зуба).

Отрицательных последствий отказа от операции по увеличению объема кости быть не может, так как зубная имплантация всего лишь один из методов восстановления отсутствующих зубов.

Альтернативными методами лечения являются:

- отказ от имплантационного метода протезирования зубов в пользу традиционного съемного и несъемного протезирования;
- отсутствие лечения вообще.

Мне были разъяснены и мною поняты следующие возможные противопоказания к проведению операции по увеличению высоты

(ширины) гребня альвеолярного отростка:

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

инфицирование раны, потеря костного материала, повреждение зубов, которые прилегают к зоне вмешательства, болезненность,

кровоточивость из раны, временное или постоянное онемение десен, зубов в области вмешательства, 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, отторжение или подвижность установленного имплантата, перелом челюстной кости, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первое время, отеки, гематомы (синяки).

Я информирован(а), что, хотя операция по увеличению высоты (ширины) гребня альвеолярного отростка имеет высокий процент клинического успеха и поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что эта операция является вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов имплантации.

Я понимаю и принимаю то, что положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после данного вида оперативного вмешательства являются болевые ощущения в области вмешательства и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Я проинформировал врача обо всех случаях аллергии на медикаментозные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время. Я обязуюсь незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я соглашаюсь с тем, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а), возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом клиники.

Беседу провел врач _____ / _____
(подпись, Ф.И.О.)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись)