

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«Артадент»

Юридический адрес: 108801,г.Москва,Поселение Сосенское ,ул.Александры Монаховой ,д.109,корп.3,1
этаж,2 подъезд,помещение 21

Фактический адрес: 108801,г.Москва,Поселение Сосенское ,ул.Александры Монаховой ,д.109,корп.3,
помещение 3/1

Тел.:8-495-991-28-92, 8-985-991-28-92 e-mail: art-a-dent@mail.ru

ИНН/КПП 7751041557/775101001 ОГРН 1177746352629

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение хирургического лечения
(открытый синус-лифтинг, закрытый синус-лифтинг, проведение направленной костной
регенерации, костная аутопластика, удаление зубов, кюретаж пародонтальных карманов
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, _____, соглашаюсь с тем, что хирургическое вмешательство (аугментацию костной ткани, открытый синус-лифтинг, закрытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика, удаление зубов, кюретаж пародонтальных карманов другое вмешательство: _____) будет проводить врач-стоматолог _____ и другие врачи ООО «Артадент». Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем медицинском вмешательстве. 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% состоятельность 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 (остеокондукторы, 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 костной ткани 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 изменяться 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 несмотря 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. 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 алкоголь и наркотические средства. 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 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 лишаюсь 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 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: - 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. 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 понимаю, что успешное лечение возможно только при наличии данных компьютерной томографии. Это исследование необходимо выполнить до начала стоматологического лечения. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, денальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров. Подписанием этого документа я выражаю своё согласие на проведение рентгенологического исследования. 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.

Дата:

_____ / _____ (ФИО врача) (подпись)

_____ / _____ (ФИО пациента) (подпись)