



Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА УДАЛЕНИЕ ЗУБНОГО ИМПЛАНТА (ИМПЛАНТАТА)

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**

Цель (показания) для удаления импланта: боль, отек в области имплантации, повышение температуры (переимплантит), если не удалось устранить воспаление при помощи антибиотикотерапии, хирургических манипуляций; установленный факт разрушения костной ткани вокруг импланта, подвижность импланта в кости.

Методика удаления импланта:

1. Постановка местной анестезии.
2. Врач аккуратно снимает коронку или цельный протез.
3. Производится небольшой разрез десны, после чего извлекается имплант.
4. В случае необходимости производятся соответствующие терапевтические или хирургические манипуляции (обработка пораженных участков, пластика мягких и твердых тканей).
5. После выявления причины отторжения разрабатывается план последующей реабилитации.

Возможные риски (неблагоприятные последствия) при удалении импланта, установленного у Исполнителя:

1. Боли в области удаленного импланта, которые могут носить иррадиирующий характер; отек мягких тканей челюстно-лицевой области.
2. В первые 24-48 часов допустимы незначительные скачки температуры.
3. Гематома (синяк), боль при глотании.
4. Постэкстракционное луночковое кровотечение не большого объема.

Возможные риски и осложнения при удалении импланта, установленного в другой медицинской организации:

В случае, если имплант был установлен **в другой медицинской организации**, и не представляется возможным установить методику его установки, точный вид, изготовителя импланта, либо имплант был неправильно спозиционирован в челюсти пациента, помимо перечисленных выше рисков и осложнений, возможны:

1. Контрактура (ограничение при открывании рта) нижней челюсти после удаления импланта.
2. Перелом и/или вывих соседнего зуба.
3. Повреждение десны и мягких тканей полости рта.
4. Перелом альвеолярного отростка челюсти; обнажение участка альвеолы.
5. Прободение (перфорация) дна верхнечелюстной пазухи.
6. Невралгия нижнего луночкового нерва; парестезия в области языка или нижней губы.

Альтернативные варианты: отсутствуют.

Предполагаемые результаты: при отсутствии осложнений и соблюдении пациентом рекомендаций после хирургических вмешательств лунка зуба после удаления импланта заживает в течение 7-14 дней. Последующая имплантация возможна после восстановления костной ткани и надкостницы. Восстановление может быть посредством естественных сил организма либо путем костнопластических операций. Сроки восстановления строго индивидуальны.

Я, _____

даю согласие на удаление импланта (ов) в области _____

зубов врачом _____

Биологические особенности организма, вредные привычки пациента и их возможное влияние на результат лечения: _____

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют либо объяснены мне врачом.

Вопрос № 1 _____

Ответ № 1 _____

Вопрос № 2 _____

Ответ № 2 _____

Вопрос № 3 _____

Ответ _____ №

3 _____

Я понимаю цель и назначение описанной манипуляции, а также цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала.

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат манипуляции. Я понимаю также, что прогноз об исходе заболевания (состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики, при этом я, как конкретный пациент в конкретной ситуации лечения, не являюсь усредненной статистической единицей.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства согласно поставленному мне диагнозу.

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения.

Подпись пациента:

ФИО _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись врача:

ФИО _____

« _____ » _____ 20 _____ г.