ООО "СП Ново Дент на Тольятти" руководствуются:

- Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан РФ";
- Федеральным законом "О защите прав потребителей";
- Современными нормами медицинской этики.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства: Операция поднятия дна верхнечелюстной (гайморовой) пазухи (синус-лифтинг) и костная пластика

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширения или отказ от запланированного объема)

Диагноз_____

Допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Цели и прогнозы хирургического вмешательства: Хирургическое лечение имеет своей целью создание благоприятных условии для выздоровления и (или) реабилитации пациента за счет внедрения в ткани организма.

-Увеличение объема костной ткани: основная цель синус-лифтинга – создание достаточного объема костной ткани для успешной имплантации зубов на верхней челюсти; -Улучшение фиксации имплантов: после процедуры синус-лифтинга импланты могут более надежно фиксироваться в костной ткани, что способствует их успешной интеграции;

-Повышение долговечности имплантов: благодаря увеличению объема костной ткани, импланты могут иметь более стабильное основание, что в конечном итоге может способствовать их долгосрочной успешной работе.

-Минимизация рисков: современные методы синус-лифтинга обычно сопряжены с низким риском осложнений, но результаты могут варьироваться в зависимости от многих факторов, таких как состояние здоровья пациента.

-Восстановление функции и внешнего вида: с увеличением объема костной ткани пациент может вернуться к нормальной жевательной функции, а также улучшится внешний вид зубов.

Методы лечения и возможные варианты медицинского вмешательства. Операция костной пластики будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)», утвержденными Постановлением № 1 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 20 декабря 2024 года, «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)», утвержденными Постановлением № 1 Совета Ассоциации общественных объединений

«Стоматологическая Ассоциация России» от 20 декабря 2024 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации.

Я осведомлен(а) о возможных **альтернативных способах лечения,** их преимуществах и недостатках. Я так же информирован(а), что в ряде конкретных случаев хирургическое вмешательство является единственным способом лечения.

Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения. Последствии отказа от хирургического лечения могут быть: прогрессирование заболевания, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Патология височно-нижнечелюстного сустава, головные боли, иррадирующие боли в шею сзади и в мышцы лица, утомляемость жевательных мышц.

Мне названы и со мной согласованы: 1) материал, который будет использоваться в процессе операции костной пластики и методика ее выполнения; 2) этапы и сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена, как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции наращивания кости.

Возможные осложнения (риски): операция костной пластики является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Основные осложнения оперативного лечения обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями моего организма. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, крайне редко возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области. Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения:

• Возможность болевых ощущений в течение послеоперационного периода;
• Возможность сохранение припухлости мягких тканей, повреждение соседних зубов и пломб, натяжение уголков рта, с последующим их рассеканием, вывих или подвывих нижней челюсти;
• Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
• Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
• В крайне редких случаях при аномальном расположении зуба - повреждение имеющихся зубов, переломы костей верхней и нижней челюсти.

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течении нескольких дней или недель, в зависимости от вида вмешательства.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта. Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца, гематомы.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменения в процессе операции по показаниям.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в

области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций 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 виде временной потери чувствительности в области обезболивания.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям.

Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование гематомы, отечности 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) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков, а именно: аллергические реакции, изменение витаминного и иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры. 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 понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Особенности процедуры и возможные осложнения:

Понимая суть предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях могут возникнуть нижеперечисленные осложнения: длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование и, как следствие, воспалительный процесс в области пазухи (в частности, синусит); наличие после удаления острых краев лунки; частичное или полное расхождение швов; замещение введённого материала соединительной тканью без формирования костной ткани или его резорбция; раскручивание формирователя десны; миграция костного материала; выкрашивание элементов костно-замещающих материалов из раны; прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран; возникновение онемения в области вмешательства; перфорация дна полости носа; отрыв уже прижившейся костной массы; невропатия; разрыв слизистой гайморовой пазухи; образование послеоперационных рубцов считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются недостатками оказанных медицинских услуг.

Я информирован(а) о необходимости после операции соблюдать полный покой: соблюдать щадящую диету и гигиену полости рта.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на хирургическое лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения и неявок на назначенные послеоперационные осмотры, я лишаюсь права на гарантию.

Я соглашаюсь с тем, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, связаны со случаями аллергии или индивидуальной реакции моего организма на вмешательство, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Возврат денежных средств за проведённую операцию не производится, т.к. услуга будет оказана в полном объёме, но невозможно предсказать 100% наращивания костной ткани в связи с различной способностью дёсен и челюстных костей к приживлению у каждого пациента. Это может привести к необходимости повторных вмешательств согласно прейскуранту клиники.

Я информирован (а) о том, что ортопедический этап лечения будет проведен в сроки, установленные для каждого вида вмешательства и индивидуальных особенностей организма. Эти сроки должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани. Оплата за ортопедический этап лечения мною будет проведена отдельно по расценкам ортопедического прейскуранта на момент проведения этапа протезирования.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я подтверждаю, что внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне хирургической операции на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Послеоперационные рекомендации (правила эксплуатации) получены на руки.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно

Дата «___» _____ 20__г.

_____/_____ (подпись/расшифровка)
Пациент

Лечащий врач: _____ /

_____ (подпись врача) (расшифровка