

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 ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: УДАЛЕНИЕ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Я _____

Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____,
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в ООО "ЗОТОВ" (ОГРН 1246100029471), далее именуемое – «**Исполнитель**», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **хирургическую операцию по удалению дентального имплантата (дентальных имплантатов).**

Я получил(а) от врача _____ всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели.** Основными целями удаления дентального имплантата являются: 1) проведение последующего лечения заболеваний (состояний), связанных с возникшими у пациента осложнениями после имплантологического лечения – периимплантитом (воспалением и убылью костной ткани в области импланта), переломом компонентов имплантата, гальванической реакцией в полости рта, мукозитом (воспалительным процессом мягких тканей, окружающих имплантат, без деструкции костной ткани) и т.п. 2) возникшая по объективным причинам необходимость провести протезирование (иное стоматологическое лечение) без опоры на имплантат(ы), подлежащий(ие) удалению.

2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.** Операция по удалению дентальных имплантатов проводится в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе частичная адентия», «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе полная адентия», утвержденными Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации. Я подтверждаю, что до начала операции по удалению дентальных имплантатов получил(а) консультацию врача-стоматолога ортопеда. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего диагноза (диагноза пациента, законным представителем которого я являюсь) и плана лечения. Мне разъяснено и понятно следующее:

Удаление имплантата может выполняться следующими способами: 1. Традиционным – имплантат извлекается из кости с помощью специальных инструментов (элеваторов, трепанов, боров и т.п.). 2. С использованием ультразвуковой хирургической системы (пьезохирургических инструментов) – имплантат извлекается после выполнения микро-надрезов в кости с использованием ультразвука. 3. При помощи хирургических инструментов с обратным усилием – имплантат выкручивается путем вращения против часовой стрелки.

После извлечения имплантата выполняется дезинфекция ротовой полости.

Я понимаю, что после или в процессе операции по удалению имплантатов может потребоваться несколько вмешательств: лечение периимплантита и/или мукозита, проведение операции по удалению (наращиванию) костной ткани и/или пластике мягких тканей, а также последующая дентальная имплантация. Все указанные вмешательства будут проводиться с моего согласия и оплачиваться по прейскуранту Исполнителя, действующему на момент оплаты (если иное не установлено дополнительно).

Выбор методов вмешательства делает врач согласно медицинским показаниям, исходя из конкретной клинической картины. Мне названы и со мной согласованы: 1) количество и расположение дентальных имплантатов, подлежащих удалению, их особенности, материал, технологии (методы), которые будут использованы в процессе удаления; 2) этапы и сроки выполнения вмешательства, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе вмешательства стоимость может быть изменена, как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, в связи с объективными обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Я предупрежден(а), что в процессе удаления могут быть слышны неприятные звуки откалывающейся от металлической основы керамики, хруст, скрежет. Врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить удаление дентальных имплантатов, я могу отказаться от его проведения. Последствиями отказа могут быть: появление новых и прогрессирование уже имеющихся заболеваний, в том числе периимплантита (воспаления и убыли костной ткани в области импланта), мукозита (воспалительного процесса мягких тканей, окружающих имплантат); перелом имплантата; его дезинтеграция (выпадение в полость рта) с возможным последующим попаданием в желудочно-кишечный тракт или дыхательные пути; прогрессирование заболеваний пародонта; развитие инфекционных осложнений; частичная или полная утрата жевательной функции; невозможность завершения ортопедического лечения - протезирования зубов с использованием постоянных ортопедических конструкций.

3. **Риски, последствия, осложнения.** Врач объяснил мне и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после вмешательства: повреждение костной ткани в области проведения операции; повреждение мягких тканей полости рта; сколы и/или перелом корня соседнего зуба (зубов); повреждение и/или перелом соседнего зуба (зубов); попадание протезов или их частей (элементов) в желудочно-кишечный тракт или дыхательные пути, что может вызвать повреждения ЖКТ и/или асфиксию (остановку дыхания); перелом альвеолярного отростка; повреждение тройничного нерва; ощущение дискомфорта, болевые ощущения; отёки слизистой оболочки рта, инфекционные осложнения. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

4. **Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.); острые инфекционные заболевания; болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь): перенесенные операции, заболевания (включая коронавирусную инфекцию COVID-19), беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной инъекционной анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляций. 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 в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Мне разъяснено, что: применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше; обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

6. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей (рентгенография, КТ, КЛКТ) до начала вмешательства, в процессе, а также при проведении контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

7. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний (осложнений), аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

8. Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я понимаю значение гигиены полости рта при стоматологическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения лечащего врача, включая прием препаратов, использование ирригатора полости рта и щеток, рекомендованных врачом. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

9. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

10. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

11. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Пациент/Законный представитель пациента:

Дата: «___» _____ 20___ года

Подпись: _____/_____

Врач:

Дата: «___» _____ 20___ года

Подпись: _____/_____