**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на медицинское вмешательство**

***(в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)***

**Я, Дата рождения: :**

**(ФИО пациента, либо законного представителя) (дата рождения пациента, либо законного представителя)**

**Зарегистрированный по адресу: :**

**(адрес регистрации пациента, либо законного представителя)**

*\*в отношении {Ф.И.О Пациента} \*Дата рождения: {дата рождения}*

*(Ф.И.О. пациента, при подписании согласия законным представителем) (дата рождения пациента, при подписании согласия законным представителем)*

*\*Зарегистрированный по адресу: {адрес места регистрации / проживания}*

*(адрес регистрации пациента, при подписании согласия законным представителем)*

**Даю согласие на оказание медицинской помощи в *ООО « »***. Я получил(а) от моего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач сообщил и разъяснил информацию о сути лечения, установил диагноз. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что в процессе лечения допускается уточнение диагноза. Врачом рекомендован индивидуальный план лечения, однако допускается коррекция намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. Я соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство, а именно:

**Хирургическое стоматологическое лечение зубов**

**(синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методами, удаление зубов)**

и иное медицинское вмешательство будет проводить врач ***Ф.И.О. Врача*** *,* в т.ч. другие врачи-специалисты. Я проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания. Мне даны разъяснения о целях и методах хирургического лечения, объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути лечения (синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методами) : мне планируется провести операцию увеличения объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части). Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

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

**Синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методами**

* Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), а именно: аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры.
* В процессе операции: кровотечение, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием, нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда требует отказаться от продолжения и выполнения данной операции.
* После операции данные вмешательства сопровождаются дискомфортом, отеком, заложенностью носа, а также болезненностью, но эти симптомы исчезнут через 5-10 дней после операции. Полное исчезновение всех симптомов может произойти через три недели или больше.

**Удаление зубов**

* Я проинформирован(а) о необходимости удаления зуба и сути процедуры. Я понимаю, что результаты медицинского вмешательства при имеющемся заболевании зависят от своевременности проведения процедуры, полноты удаления тканей зуба, размера травмы окружающих удаляемый зуб мягких и твердых тканей, общего состояния организма, индивидуальных анатомо-физиологических особенностей, выполнения рекомендаций врача.
* Я проинформирован(а) о возможных осложнениях, времени их развития и исчезновения, о методах и результатах их коррекции: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений – альвеолита, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма, перелом зуба, соскальзывание наложенных щипцов с зуба, попадание осколка корня зуба в гайморову пазуху, перфорация гайморовой пазухи, откол части кортикальной пластинки альвеолярного ложа зуба, травматический отек, аллергические реакции на раствор анестетика, травма и/или удаление зачатка постоянного зуба. Время возникновения осложнений от немедленного до 1 месяца. Коррекция осложнений может потребовать дополнительного лечения. Методы реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению, – выполнение рекомендаций врача, памятки для пациента после удаления зуба, посещение пациентом врача для контрольных осмотров.
* Я предупрежден(а) о том, что последствиями отказа от данного хирургического вмешательства могут быть прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Я проинформирован(а) о том, что после удаления зуба потребуется лечение адентии.

**Имплантация зубов**

**(установка импланта и/или микроимпланта (микровинта))**

и иное медицинское вмешательство будет проводить врач ***Ф.И.О Врача*** *,* в т.ч. другие врачи-специалисты. Я был(а) проинформирован(а) и понимаю цель и суть хирургической процедуры установки имплантата (микроимпланта).

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

**Установка импланта**

* После тщательного обследования мне рассказали об альтернативных методах лечения. Я пробовал или рассматривал эти методы, но предпочитаю имплантаты для восстановления отсутствующих зубов. Я понимаю, что необходимо выполнить установку имплантата под десну или в кость. Также я понимаю, что точная продолжительность установки импланта не может быть определена.
* Я был(а) предупрежден(а) о возможном риске и возможных осложнениях в ходе и после операции анестезии, а также в результате приема лекарственных препаратов. Эти осложнения: боль, отек, инфекция и изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны. Могут появиться онемение губ, языка, подбородка, щеки или зубов. Также возможно воспаление вен, повреждение имеющихся зубов, перелом костей, пенетрация пазухи, отсроченное повреждение, аллергические реакции на используемые лекарства и т. д.
* Я понимаю, что если ничего не предпринимать, могут возникнуть заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления. Также возможно возникновение патологии височно-нижнечелюстного сустава, головной боли, иррадиирущей боли в шею сзади и в мышцы лица, утомляемостью жевательных мышц. Мне объяснили, что не существует способа предсказать заживающие способности десны и костной ткани после проведения операции. Мне понятно, что в определенных случаях имплантаты не приживаются и требуют удаления.
* Я информирован(а) обо всех возможных осложнениях: возможности болевых ощущений в течение послеоперационного периода; возможности сохранения припухлости мягких тканей; возможности расхождения швов в послеоперационном периоде; повышения температуры тела и наличие симптомов интоксикации; ограничения открывания рта, увеличение лимфатических узлов.
* Я понимаю, что курение, прием алкоголя, употребление сахара могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я согласен следовать инструкциям моего врача по уходу за полостью рта в послеоперационном периоде и на протяжении всего времени, пока имплантаты будут находиться у меня в полости рта. Я согласен являться на профилактические осмотры с той периодичностью, которую мне укажет врач, для контроля состояния имплантатов и десны. Я знаю, что в случае неявки на профилактические осмотры для меня могут возникнуть негативные последствия. Я согласен на тип анестезии по выбору моего доктора. Я понимаю, что не стоит управлять автомобилем и работать с другими опасными аппаратами по меньшей мере в ближайшие 24 часа после операции, до полного восстановления моего состояния после использования лекарственных средств.
* Я согласен(а) на использование моих фотографий и видеосъемки, рентгеновских снимков на мероприятиях по усовершенствованию имплантологов, без указания моего имени и фамилии.

**Установка микроимпланта (микровинта)**

* После тщательного обследования и постановки диагноза врач подробно рассказал об альтернативных методах лечения и преимуществах микроимплантов. Мне объяснили, что микроимпланты представляют из себя миниатюрные титановые штифты с резьбой. Микроимплантаты используются в следующих случаях: при использовании съемных протезов на микроимплантах (установка в челюстную кость позволяет сразу устанавливать протез); для исправления дефектов прикуса в сочетании с установкой брекетов (подобная ортодонтическая конструкция эффективнее исправляет положение зубов, что сокращает время лечения); для предотвращения смещения оставшихся зубов на место отсутствующих в ситуации, если нет возможности сразу провести восстановление.
* Мне были также объяснены преимущества микроимплантов: не нужно проводить пластику кости; малая травматичность и быстрое заживление тканей после операции; быстрые сроки протезирования; возможность добиться хорошей фиксации съемного протеза, а также существенно уменьшить размер его пластмассового базиса.
* Мне объяснили, что, как правило, для крепления протеза достаточно не более 4 имплантов на нижней челюсти, и до 6 на верхней. Это объясняется большей плотностью кости нижней челюсти, в отличие от верхней, более рыхлой, в сочетании с наличием рядом гайморовых пазух. Точное количество необходимых штифтов определяет врач.
* Мне сообщили, что длительность протезирования после установки микроимплантов может занять несколько дней. Сразу после установки имплантов будут изготовлены слепки, по которым в зуботехнической лаборатории изготовят протез. Я понимаю, что микроимпланты невозможно использовать для протезирования одиночных зубов, они не предназначены для использования в качестве основы под использование таких конструкций, как коронки, мостовидные протезы.
* В процессе установки микровинта может произойти его отлом, в этом случае извлечение отломка происходит хирургическим путем под местной анестезией и не влечет негативных последствий. Помимо этого возможно травматическое повреждение корня зуба винтом. Для профилактики подобных осложнений необходимо предварительное рентгенографическое исследование, а также рентгеноконтроль правильности установки винта.
* Я подтверждаю, что у меня отсутствуют заболевания и состояния, препятствующие установке микроимплантов: онкологические заболевания, лучевая терапия; иммунодефицит, гепатит B, гемофилия, диабет; алкоголизм, наркомания. Мне объяснили, что не существует способа предсказать заживающие способности десны и костной ткани после установки микроимпланта. Мне понятно, что в определенных случаях потребуется удаление микровинтов. Мне объяснили, что требуется избегать высоких нагрузок на микроимпланты при употреблении твердой пищи из-за риска прокола кости тонким и острым штифтом или дестабилизации микроимпланта.
* Я информирован(а) обо всех возможных осложнениях: возможности болевых ощущений в течение послеоперационного периода; возможности сохранения припухлости мягких тканей; повышения температуры тела и наличие симптомов интоксикации; ограничения открывания рта, увеличение лимфатических узлов. В первое время возможные болевые ощущения могут сниматься при помощи анальгетиков.
* Я понимаю, что курение, прием алкоголя, употребление сахара могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я согласен следовать инструкциям моего врача по уходу за полостью рта в послеоперационном периоде и на протяжении всего времени, пока микроимплантаты будут находиться у меня в полости рта. Я согласен являться на профилактические осмотры с той периодичностью, которую мне укажет врач, для контроля состояния микроимплантатов и десны. Я знаю, что в случае неявки на профилактические осмотры для меня могут возникнуть негативные последствия. Я понимаю, что не стоит управлять автомобилем и работать с другими опасными аппаратами по меньшей мере в ближайшие 24 часа после операции, до полного восстановления моего состояния после использования лекарственных средств.
* Я согласен(а) на использование моих фотографий и видеосъемки, рентгеновских снимков на мероприятиях по усовершенствованию имплантологов, без указания моего имени и фамилии.

**Рентгенологическое исследование**

* Я проинформирован(а) и понимаю, что для эффективного лечения могут понадобиться: дентальная компьютерная томография (КТ); получение ортопантомограммы (ОПТГ).
* 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.

**Анестезиологическое пособие**

* Я понимаю, что при хирургическом стоматологическом лечении, мне, может быть использована анестезия. Я согласен на тип анестезии по выбору моего доктора. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул.
* Мне разъяснено, что применение анестезии может привести 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. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, об имеющихся заболеваниях, в том числе хронических, о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время. С врачом согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. Я понимаю, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Я проинформирован(а) и понимаю, что условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом. Также, я понимаю, что мне может понадобиться консультация стоматолога(ов) иного профиля; консультация у врача(ей) общего профиля. Врач сообщил и разъяснил информацию о гарантиях. Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

|  |
| --- |
|   |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |
|   |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |
| Пациент (его законный представитель) |  |  |  |
|  | Подпись |  | Фамилия Имя Отчество |
| Врач – стоматолог (специалист) |  |  |  |
|  | Подпись |  | Фамилия Имя Отчество |

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.