

Общество с ограниченной ответственностью

«БЕНАДЕНТ»

ИНН 9715467390 КПП 7715010012 ОГРН 1237700839276

Место нахождения: 127055, Россия, город Москва, улица Тихвинская, дом 9, п.2

Телефон: 8(926)5221414. Электронная почта: benadent@yandex.ru

Лицензия № Л041-01137-77/01193662 выдана Департаментом Здравоохранения Москвы от 13.05.2024

Приложение № 2

к договору на оказание платных медицинских услуг

№ {НомерКарты} от {ДатаПервогоПриемаЧислом} г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ИМПЛАНТАЦИИ и АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

1. Настоящее информированное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказов Минздравсоцразвития РФ №390н от 23.04.2012 г. и Минздрава РФ № 1051н от 12.11.2021 г.
2. Согласно ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольное информированного согласия пациента в письменной форме.
3. Информированное добровольное согласие на проведение операции имплантации даётся пациентом либо его законным представителем при первичном обращении в медицинскую организацию и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

Я, Пациент {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения},
(Ф.И.О., дата рождения)

зарегистрированный (проживающий) по адресу (нужное подчеркнуть): {АдресРегистрации}
законный представитель Пациента: _____,

(Ф.И.О., дата рождения)
зарегистрированный (проживающий) по адресу (нужное подчеркнуть): _____

перед началом медицинского вмешательства проинформирован(а) лечащим врачом об установленном мне (представляемому мной лицу) диагнозе, а именно:

Я, Пациент, проинформирован (а) о необходимости проведения операции имплантации
Лечащий врач поставил мне диагноз:

Мне было подробно разъяснено, что имплантат представляет собой винт, который производится по специальной технологии из высокопрочного титанового сплава и заменяет корень зуба. Операция имплантации состоит из двух этапов. На первом этапе имплантат вживляется в костную ткань. На втором этапе (спустя 3-6 месяцев) при помощи специального винта на нём фиксируется абатмент, на который впоследствии устанавливаются протезы

Я понимаю, что цель операции имплантации - это устранение дефекта зубного ряда без обработки соседних зубов, предупреждение процесса атрофии костной ткани и восстановление функциональных способностей зубочелюстной системы.

Врач подробно пояснил мне, что последствиями отказа от данного лечения могут быть: атрофия костной ткани, прогрессирование заболеваний пародонта и как следствие потеря зубов, развитие патологии височно-нижнечелюстного сустава.

Я ознакомлен (а) с возможным альтернативным вариантом лечения, которым является восстановление дефекта зубного ряда путем препарирования соседних зубов.

Хотя операция имплантации имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что это сложное медицинское вмешательство, и реакция биологического организма на данное вмешательство может быть непредсказуема и индивидуальна.

Врач подробно объяснил мне, что при проведении операции имплантации возможны следующие осложнения:

- проникновения бора за границы верхнечелюстной пазухи или боковых/нижних слоев нижней челюсти (пенетрация);
- травма нижнечелюстного нерва в результате повреждения стенки челюстного канала;
- кровотечение;
- перегрев костных тканей в результате их механической обработки;
- недостаточная первичная фиксация имплантата;

В послеоперационный период возможны такие осложнения, как: гематомы; кровотечение; расхождения швов; воспалительные процессы в мягких тканях; болевые ощущения в области установки имплантата, продолжающегося от нескольких часов до нескольких дней;

В период репаративной регенерации костной ткани вокруг имплантата возможно такое осложнение как перимплантит (воспаление костной ткани, окружающей имплантат).

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо незамедлительно обратиться к лечащему врачу с целью выявления и устранения причин осложнения и назначения адекватной терапии для улучшения общего состояния организма и нормализации состояния полости рта.

Врач поставил меня в известность, что в случае развития переимплантита при невозможности сохранения имплантата стоматологическая клиника берет на себя обязательства по его удалению, при этом денежные средства, затраченные на проведение операции имплантации, возврату не подлежат.

Я поставлен (а) в известность о том, что операция имплантация проводится под местной анестезией, целью которой является предотвращение чувства боли и проведение комфортных безболезненных медицинских манипуляций.

Я проинформирован(а), что длительность эффекта от анестезии может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетик, способа введения, методики проведения и индивидуальной восприимчивости организма.

Я уведомлен(а) о возможных дискомфортных состояниях в процессе постановки и действия анестезии: чувство распирания, давления при введении анестетика, временное ощущение припухлости десны, ощущение отека мягких тканей, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи, ощущение уменьшения подвижности в области проводимых манипуляций, образование гематом в месте проведения анестезии, отечность десны в области инъекции (несколько дней), болезненные ощущения в месте ввода раствора анестетика (в течение 3-5 дней). А также о возможных рисках и осложнениях при проведении местной анестезии и после ее завершения: токсическое действие (судороги, понижение или повышение артериального давления, сонливость, аритмии, угнетение или остановка дыхания. Аллергические реакции: обморок, коллапс, отёк Квинке различной степени выраженности, анафилактический шок, зуд кожных покровов, высыпаниями коже, зуд глаз слезотечение, заложенность носа, травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющаяся потерей чувствительности, невритами, невралгиями, и постинъекционными гематомами.

Я даю свое согласие на проведение местной анестезии перед началом операции имплантации.

Врач объяснил мне, что при длительном отсутствии зуба, не имея естественной нагрузки, кость уменьшается в объеме и теряет свои качества. Поэтому в отдельных случаях при проведении операции имплантации для улучшения заживления мягких и твердых тканей может применяться

богатая тромбоцитами плазма крови, которая получается путем центрифугирования небольшого количества (18-20 мл) собственной крови пациента.

Я даю свое согласие на проведение забора необходимого количества венозной крови перед началом операции имплантации.

Врач объяснил мне о необходимости проведения рентгенологического контроля до установки имплантата и после установки имплантата с целью оценки качества проведенного лечения. Я даю свое согласие на проведение рентгенологического контроля и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в строго назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте стоматологического больного.

Я поставлен (а) в известность о том, что при установке имплантата на верхней челюсти при недостаточном объеме костной ткани может возникнуть необходимость в проведении операции «синуслифта» (подъема дна гайморовой пазухи).

Я даю свое согласие на проведение операции синуслифта _____

Врач пояснил, что после установки имплантата пациент испытывает дискомфорт, для устранения которого могут быть назначены противовоспалительные препараты, анальгетики, а в исключительных случаях антибиотики. При приеме анальгетиков и антибиотиков возможны следующие последствия: аллергическая реакция, изменение витаминного, иммунологического баланса и нарушение состава кишечной флоры.

Я подробно проинформировал (а) врача о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мной заболеваниях, травмах, операциях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующей на меня в процессе жизнедеятельности, о принимаемых в настоящее время лекарственных препаратах. Я знаю, что данная информация занесена в медицинскую карту стоматологического больного.

Я подробно проинформирован (а) о том, что в связи с индивидуальными особенностями организма и течением заболевания в процессе лечения возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения, ранее установленными сроками лечения, что может повлечь за собой необходимость коррекции первоначального плана и сроков лечения, а также изменение ранее оговоренной стоимости лечения, как в большую, так и в меньшую сторону.

Понимая сущность операции имплантации и уникальность собственного организма, я согласен (на), что предложенное лечение является сложным медицинским вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

Я понимаю, что для сохранения результатов достигнутых в ходе операции имплантации существует прямая необходимость в соблюдении ежедневной гигиены полости рта, строгом выполнении рекомендаций, которые будут даны мне после завершения лечения, а именно: _____

и в своевременном посещении лечебных, контрольных и профилактических приемов: _____

_____ после установки имплантата.

Я обязуюсь точно выполнять все рекомендации и назначения врача и понимаю, что их невыполнение может привести к серьезным осложнениям или полному отсутствию положительного результата от проведенного лечения.

[illegible]

