

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство Синус-лифтинг

*Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе \_\_\_\_\_ и необходимости в процессе выполнения плана лечения проведения хирургической операции по увеличению объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка верхней челюсти \_\_\_\_\_.

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).

Последствием отказа от данной операции может быть невозможность установки дентальных имплантатов, в связи с чем придется выбирать иной способ протезирования зубов.

**Операция** заключается в проведении разреза и откидывания лоскута (десны), препарирования кости для осуществления доступа к полости пазухи, отслаивании слизистой пазухи, введение биопластических материалов и их фиксация различными методами (остеокодукторы, остеоиндукторы или собственная костная ткань), установки барьерной мембраны и ушивании раны. Для забора собственной костной ткани необходимы дополнительные разрезы в полости рта и забор костных блоков или стружки с нижней или верхней челюсти. Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции наращивания кости в области пазухи.

Я соглашаюсь с тем, что после операции в области ее проведения могут быть болезненность и дискомфорт, отек, гематомы (синяки), онемение языка, губ, подбородка, зубов, а также заложенность носа. Указанные симптомы в большинстве случаев исчезают самостоятельно через 5-10 дней после операции. В редких случаях полное исчезновение всех симптомов может произойти через 3 недели или больше.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения:

- Кровотечение, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием, нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует отказаться от продолжения операции;
- Воспалительные процессы в области верхнечелюстных (гайморовых) пазух, инфицирование операционной раны;
- Экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления;
- Отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем;
- Усугубление патологии височно-нижнечелюстного сустава при её наличии;
- Возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца;
- \_\_\_\_\_.

Я соглашаюсь с тем, что существует риск негативных последствий приема анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), в том числе аллергические реакции и нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я соглашаюсь с тем, что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Поэтому точная продолжительность оперативного вмешательства не может быть предсказана и может меняться, а дополнительные манипуляции могут потребовать дополнительной оплаты.

Я соглашаюсь с тем, что невозможно предсказать 100% наращивание костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка в связи с различной способностью десен и

челюстных костей к заживлению у каждого пациента, что может проявиться тем, что внедренный во время операции материал для наращивания кости утрачивается. Это может привести к необходимости следующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

**Я обязуюсь** выполнять все рекомендации врача до и после операции:

- Принимать назначенные лекарства;
- Соблюдать щадящую (жидкую) диету, не жевать и не разговаривать, не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течении 24 часов после операции или иного срока, определенного врачом;
- Не принимать алкоголя и наркотических средств;
- Соблюдать гигиену полости рта, а также являться на профилактический осмотр в сроки установленные врачом.

Я соглашаюсь с тем, курение может осложнить заживление раны.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. 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 зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я соглашаюсь с тем, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

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 заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость лечения взимается в полном объеме.

Мне понятно, что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского 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 рентгеновского обследования.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь 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 получил(а) полную информацию о гарантийных обязательствах на лечение и условиях предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь прав на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

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

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне хирургической операции на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись врача) (ФИО)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г