

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА.  
ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ.**

г.Москва

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г.

*Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*

Я, Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

до начала стоматологического лечения с использованием дентальных имплантатов, получил(а) от врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Я проинформирован(а), что целью имплантации с последующим протезированием, является изготовление зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической целостности зубных рядов, адекватное распределение нагрузки на окружающую имплантаты костную ткань, косметический эффект лечения, сохранение зубов. Достижение цели возможно при выполнении двух этапов: хирургического и ортопедического. Имплантация зубов является зубовосстанавливающей операцией, при которой имплантат выполняет функцию опоры для зубного протеза. Мне разъяснена и понятна, цель и суть метода имплантации зубов, этапы, сроки, возможный исход и прогноз.

Этапы имплантации проходят последовательно и требуют определенного времени, которое зависит от сложности выполняемых вмешательств, индивидуальных особенностей организма и выполнения рекомендаций врача:

1. Подготовка к имплантации зубов.

При подготовке к имплантации проводится лечение сопутствующих заболеваний как ротовой полости, так и организма в целом, поскольку они прямо или косвенно могут повлиять на процесс приживления имплантата. Отправной точкой для планирования лечения служат факторы, определяющие способ протезирования, тип имплантатов, объем и качество имеющейся кости.

2. Операция имплантации - после проведения обезболивания, проводится разрез в месте установки имплантата, при помощи стоматологического инструмента создается костное ложе, куда устанавливается имплантат, после чего накладываются швы.

Дальнейшие действия проводятся согласно выбранной методики имплантации, которая отражена в плане лечения. При одноэтапной методике имплантат размещается в сформированном костном ложе, и протезирование начинается в первую неделю после операции.

При двухэтапной методике в костное ложе помещается корневая часть имплантата, и слизистая оболочка над ним ушивается.

Протезирование начинается при полной интеграции кости и имплантата - через 2-3 месяца на нижней челюсти, а на верхней - спустя 4-6 месяцев. После того как имплантаты прижились в кости, десна над ними раскрывается и устанавливается формирователь десны на каждый имплантат, который в среднем 10-14 дней, придает десне необходимую для протезирования форму, после чего необходимо приступить к следующему этапу - протезированию. Я информирован(а) о том, что ортопедический этап лечения проводится в сроки, установленные для каждого типа имплантатов. Эти сроки должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани. Оплата за ортопедический этап лечения проводится отдельно, согласно действующему прейскуранту.

Основными рисками имплантации, как любого хирургического вмешательства, являются: отек окружающих тканей, ограничение открывания рта; болезненность в зоне операции, кровотечение, кратковременная потеря чувствительности близлежащих тканей, симптомы воспаления, не приживление имплантата, отсроченное заживление и т.д. Все эти явления временные и проходят при выполнении рекомендаций врача.

Я предупрежден(а) о возможных побочных эффектах (точную продолжительность которых, невозможно предусмотреть в связи с особенностями организма), таких как: общее недомогание, аллергическая реакция.

Я понимаю, что имплантация является хирургическим вмешательством в биологический организм и сопровождается болевыми ощущениями. Для снижения болевой реакции проводится обезболивание, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии. Кроме того, врач разъяснил необходимость проведения рентгенологического исследования (в т.ч. для диагностики и контроля качества), объяснил цель и суть данной методики, а так же получил мое согласие на его проведение.

Врач объяснил, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани, что в определенных случаях имплантаты не приживаются и требуют удаления. Я знаю и

понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой, не может быть дано стопроцентных гарантий на результат лечения или операции. Я информирован(а) о средних сроках службы имплантатов и среднестатистическом процессе их приживления.

При установке имплантата, в целях контроля продукта, врач сохраняет информацию об установленном имплантате и компонентах (включая производственные данные, а так же сроки стерильности) в медицинской документации. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею.

Пациент Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_   
подпись

Врач \_\_\_\_\_  
(Ф.И. О. лечащего врача)

\_\_\_\_\_   
подпись