

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ОТКРЫТЫЙ СИНУС ЛИФТИНГ,
ЗАКРЫТЫЙ СИНУС-ЛИФТИНГ, НАПРАВЛЕННАЯ КОСТНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ, КОСТНАЯ
АУТОПЛАСТИКА)**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ

Я, _____, доверяю врачу стоматологу-хирургу _____ провести хирургическую операцию. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути лечения. Мне планируется провести операцию увеличения объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка нижней челюсти. Я понимаю суть вмешательства и характер наиболее вероятных осложнений, связанных с ним. Хирургия не является точной наукой, в настоящей форме не могут быть перечислены все осложнения, которые могут возникнуть при проведении данной процедуры. Кроме того, хирург не может гарантировать 100% наращивания костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка нижней челюсти. Операции заключаются в проведении разреза и откидывания лоскута (десны), препарирования кости для осуществления доступа к полости пазухи, введение биопластических материалов и их фиксации различными методами, 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, однако такая возможность существует не всегда.

Возможны последствия на этапах и после лечения, а именно: под влиянием анестезии возможен отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок; Возможны 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 растяжением; нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует 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 3 недели или больше.

К после операционным осложнениям относятся: инфицирование раны и верхнечелюстной пазухи, болезненность, кровотечение из раны в полость рта и из носа, гематома мягких тканей (синяки), временное или постоянное онемение десен, зубов верхней челюсти и неба в области вмешательства, утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование устья между пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, усугубление патологии ВНЧС при её наличии, необходимость в проведении дополнительной операции, другое.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и биоматериалы, которые будут использованы при лечении.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: ортопантограмма, КТ, прицельные снимки, анализы крови, консультации стоматологов иного профиля, консультации врачей общего медицинского профиля.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я предупрежден(а) о необходимости соблюдения правил гигиены и ухода за полостью рта, так как все усилия врача будут напрасными, если я сам(а) не буду выполнять обязательные ежедневные процедуры.

Я получил исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен с ним.

Подпись пациента _____
_____ Фамилия (полностью)

Подпись врача _____
_____ Фамилия(полностью),

Дата _____

Рекомендации (памятка) получены на руки _____
_____ Дата _____ Подпись пациента _____