

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение зубосохраняющих операций

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента, либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что зубную реплантацию, _____ аутотрансплантацию, _____ другое _____ медицинское вмешательство _____

пациенту _____

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже) будет проводить врач-стоматолог {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} и другие врачи ООО «ЮККИДЕНТ».

В исключительных случаях, например, болезнь врача, клиника оставляет за собой право заменить лечащего врача. Я даю согласие на привлечение к моему лечению других специалистов, в том числе врачей, не являющихся работниками Исполнителя (при необходимости).

Реплантация зубов – это операция восстановления зубного ряда, при которой вывихнутый, извлеченный из лунки зуб вновь помещается и закрепляется в его лунку после комбинации стоматологических процедур с целью устранения потери зубов. Аутотрансплантация, преднамеренная реплантация, определяется как хирургическое перемещение зуба, удаление одного зуба и пересадка его в другую область челюсти этого же пациента, на место дефекта – например, если другого зуба нет давно или он подлежит одномоментному удалению, для предотвращения будущих осложнений, зубо-альвеолярных деформаций и защиты естественного зубного ряда.

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения.

Мне в доступной форме сообщена информация о предстоящей реплантации _____зуба(ов), аутотрансплантации зуба(ов) из области _____ в область _____.

Я ознакомлен(а) с планом лечения, его длительностью, стоимостью и сроками.

Предполагаемые сроки данного лечения _____

Я понимаю, что план лечения может быть изменен моим лечащим врачом или отменен в зависимости от ситуации и клинической картины, а также на хирургическом, терапевтическом, ортопедическом, ортодонтическом этапе, о чем меня проинформирует лечащий врач. Я понимаю, что в большом количестве случаев перед реплантацией необходимо проведение костной пластики и/или пластики мягких тканей. Если я отказываюсь от этого этапа, врач не сможет гарантировать установку реплантата в оптимальной позиции.

До моего сведения доведены альтернативные планы лечения: отсутствие лечения как такового, постановка дентального имплантата с последующим протезированием, протезирование съемными и несъемными ортопедическими конструкциями, ортодонтическое лечение – их преимущества и недостатки. Я проинформирован(а), что при моем отказе от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения возможны негативные проявления: заболевание кости, атрофия костной ткани, зубо-альвеолярные деформации, воспаление десны, подвижность реплантата, что может привести к необходимости его удаления; патология височно-нижнечелюстного сустава, головные боли, иррадиирующие боли в шею и мышцы лица, утомляемость жевательных мышц и др.

Я понимаю, что возможны осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, снижение внимания, аллергические реакции, поломка иглы, боль при введении анестетика, недостаточное обезболивание, избыточное введение анестетика, ятрогенное повреждение анестезируемых тканей, образование гематом, инфицирование, некроз тканей, продолжительное нарушение чувствительности, локальное побледнение кожи, анафилактический шок, коллапс.

Я понимаю, что возможны последствия приема обезболивающих средств и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры, а также другие проявления, описанные в инструкции к лекарственному средству, назначенному врачом.

Я проинформирован(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.

Мне сообщены возможные осложнения в ходе и после операции: боль, отек, затрудненное открывание рта, в области углов рта могут образоваться трещины, гематомы тканей челюстно-лицевой области, кровотечения, инфекция, изменение цвета и формы слизистой оболочки полости рта и десны; воспаление десен, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов, повреждение имеющихся соседних зубов, перелом альвеолы, перелом кости верхней и нижней челюсти, перелом реплантата во время установки, изменение цвета реплантата после проведения операции,

некроз пульпы реплантата, что может потребовать дополнительного эндодонтического вмешательства и/или ортопедического лечения, резорбция корней реплантата, анкилоз (денто-альвеолярное сращение), периимплантит (воспаление костной ткани около реплантата), требующий удаления реплантата, убыль костной ткани в области соседних зубов, убыль костной ткани в случае периимплантита, требующая в некоторых случаях дополнительных сложных операций по ее восстановлению для последующего восстановления зубного ряда. Операция реплантации при подготовке ложа под реплантируемый зуб на верхней челюсти может осложниться перфорацией верхнечелюстной пазухи, полости носа, в боковом отделе нижней челюсти – повреждением нижнего альвеолярного нерва, что может потребовать дополнительного лечения.

Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если не смогу лежать неподвижно и буду шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Возможно, потребуется направление для консультации и лечения в другие медицинские учреждения и, в связи с этим, точная продолжительность лечения, в том числе и этапов, зависящих от хирургического лечения (например, протезирования), может изменяться. Я знаю, что имею права отказаться от предложенного лечения. В то же время, мне разъяснены последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершенном лечении.

После проведения хирургического этапа реплантации (удаления зуба, эндодонтического лечения при девитальной форме реплантации, приживления реплантата и заживления десны) последует терапевтический этап (эндодонтическое лечение реплантата при витальной форме операции), ортодонтический этап (шинирование – сохранение неподвижности зуба за счет присоединения к соседним зубам ортодонтической конструкцией, изготовление каппы, коррекция реплантата по высоте прикуса) и/или ортопедический этап (установка коронки), который в моих интересах желательно проводить в этой же клинике, так как нагрузка на реплантат ранее рекомендованного лечащим врачом времени может привести к негативным последствиям и не достижению положительного результата лечения.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно: гарантии на приживление реплантата не даются, невозможно предсказать успешность его приживления по причине специфики самой операции, особенностей десен и костной ткани пациента и реакций организма. В случае отторжения реплантата или периимплантита, потребуется его удаление, но любая дополнительная операция, например, проведение костной пластики, в случае необходимости, оплачивается согласно прейскуранту. Также необходимым условием является явка в ту же медицинскую организацию к врачу по рекомендованному графику контрольных осмотров для рентгенодиагностики, что позволит проконтролировать процесс приживления зуба и предупредить развитие серьезных осложнений. В случае, если я, в силу разных обстоятельств (командировка, отдых и т.д.), буду проводить диагностику и лечение осложнений в другом медицинском центре, то все эти дополнительные вмешательства вне клиники я буду оплачивать самостоятельно, и клиника мне эту дополнительную потраченную сумму не компенсирует. Гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению осмотров и профессиональной гигиены полости рта. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется.

Мне объяснили гарантии: операция будет проведена квалифицированным специалистом по протоколу реплантации, принятом в ООО «ЮККИДЕНТ», с соблюдением всех норм асептики и антисептики. Гарантийные сроки и сроки службы реплантатов не устанавливаются, т.к. данные сроки во многом зависят от моего состояния организма, сопутствующих заболеваний (которые есть или могут появиться), а также курения. Я понимаю, что с возрастом и течением времени происходит убыль костной ткани. Я лишаясь каких-либо гарантий в случаях несоблюдения и невыполнения рекомендаций и назначений доктора, в случаях неявки на контрольные и профилактические осмотры в сроки, установленные врачом, в случаях дальнейшего протезирования реплантированного зуба вне клиники.

Мне названы и со мной согласованы:

-количество реплантатов, донорская область, область для пересадки, технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

-этапы и сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть, вплоть до отказа от реплантации и дальнейшего лечения.

Дополнительно: _____

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною профилактических мероприятий, соблюдение гигиены полости рта, регулярного лечения, в котором я буду нуждаться, визитов в указанные сроки, рекомендаций по режиму труда и отдыха, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом, важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, и т.д. Я предупреждён(а), что употребление жестких, твердых, травмирующих продуктов в пищу, курение, прием алкоголя и наркотических препаратов может существенно осложнить заживление операционной раны и приживление реплантата, а также привести к отторжению уже

«прижившегося» реплантата в любое время. Я понимаю, что, если в случае возникновения осложнений ничего не предпринимать, то последствия могут оказаться тяжёлыми и привести к длительному лечению. Поэтому обязуюсь о любом, особенно негативном, изменении самочувствия немедленно информировать врача и следовать его рекомендациям. Я предупрежден (а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры. Я знаю, что при появлении непонятных мне явлений дискомфорта в полости рта или во всем организме после операции, мне необходимо позвонить врачу в клинику по телефону.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть): ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма; консультация _____ стоматолога(ов) _____ и(или) _____ других _____ специалистов: _____

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении, о характере предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений. Врач внимательно осмотрел меня, собрал информацию о моем здоровье в прошлом и настоящем, разъяснил преимущества, риски и сложности предполагаемого метода лечения, альтернативы данному виду лечения и этапы лечения. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие мне ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских манипуляций может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций. Я доверяю врачам принимать необходимые решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния. Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется.

Я предоставляю ООО «ЮККИДЕНТ» право вести фото- и видеопрокол манипуляций по выбору врача(ей), использовать, обрабатывать, хранить, дублировать, анализировать мои изображения, включая фотографии и рентгенологические снимки, срезы КТ на сайтах в сети Интернет, для контроля качества лечения, для научных публикаций и в программах обучения врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. пациента).

Я согласен(согласна) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения. Я соглашаюсь на тип и метод анестезии, выбранный врачом.

В стоимость операции не входит стоимость дальнейшего возможного протезирования. Необходимые условия для достижения положительного результата лечения: точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача, последовательное выполнение пациентом всех этапов и сроков стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

Дополнительно: _____

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Пациент _____ (ФИО пациента либо законного представителя)

_____ (подпись пациента либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г.

Врач _____ ({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}) {ТекущаяДатаПолная} г.

Рекомендации в письменном виде и разъяснения от врача получил(а) _____ / {ФамилияИмяОтчество} /

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Пациент _____ (ФИО пациента либо законного представителя)

_____ (подпись пациента либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г.

Врач _____ ({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}) {ТекущаяДатаПолная} г.