**Информированное добровольное**

**согласие на проведение имплантации**

**(хирургической операции по установке имплантата)*.***

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

известно, что имеющееся у меня заболевание (разрушение или полное отсутствие зуба/зубов), согласно установленному диагнозу, или эстетическая потребность предполагают хирургическую операцию по установке имплантата/имплантатов с целью временного замещения отсутствующего зуба/зубов.

Диагноз данных заболеваний устанавливается клинически и подтверждается рентгенологическими исследованиями.

Альтернативным методом восстановления отсутствующего зуба/зубов является протезирование с использованием съемных или мостовидных конструкций, требующие предварительной подготовки (депульпирование и механическая обработка) соседних – опорных зубов, даже здоровых.

Имплантанты, методика их установки, анестезия подбираются строго индивидуально с учетом пожеланий пациента и во многом зависят от состояния организма и зубочелюстной системы пациента.

В случае недостатка костной ткани может потребоваться предварительное вмешательство по восполнению недостающего объема костной ткани.

Имплантация является этапом ортопедического лечения и требует в последующем установки ортопедических конструкций.

Мне разъяснены все возможные осложнения имплантационного лечения, а именно:

1. Отторжение имплантата – подвижность, самостоятельная расшатываемость, возникшая в результате повышенной нагрузки, невыполнения рекомендаций врача, неудовлетворительной гигиены, травмы или биологической несовместимости
2. Кровотечение
3. Нарушение целостности гайморовой пазухи, полости носа
4. Повреждение прилегающих костных структур и мягких тканей
5. Изменение цвета прилегающих мягких тканей
6. Возникновение отеков, болей, повышения температуры тела
7. Развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона)
8. Убыль костной ткани

Для благоприятного исхода имплантационного лечения необходимо соблюдать следующие условия:

* + производить тщательную гигиену полости рта (чистка зубов не менее 2 раз в день и полоскание полости рта после каждого приема пищи)
  + не злоупотреблять приемом алкоголя и курением
  + избегать физических нагрузок в течение 1 недели после проведения имплантации
  + избегать создания повышенного давления в полости рта, например надувание шариков
  + избегать авиаперелетов в течение 1 месяца после проведения имплантации
  + избегать повышенной нагрузки и повреждений оперированной области
  + не применять тепловые процедуры в течение 2 недель после проведения имплантации
  + строго соблюдать прием назначенных медикаментов, предварительно внимательно ознакомившись с инструкцией по их применению
  + по завершению имплантационного лечения являться на контрольный осмотр не реже 1 раза в 6 месяцев.

Мне понятно, что имплантат должен быть введен хирургическим методом под десну или в кость.

Мой врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способности десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента, подвергшегося имплантации. Я понял, что бывают случаи неудач, когда имплантат приходится удалять в связи с развившимися осложнениями. Я понимаю, что зубоврачебная практика – это не точная наука, поэтому невозможно предугадать точный результат лечения (имплантация и протезирование на имплантатах).

Я понимаю, что курение или прием алкоголя могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления и уменьшить вероятность успеха лечения. Я согласен регулярно посещать моего лечащего врача для осмотра и профилактических процедур. Я согласен на рентгенологическое обследование, необходимое как до, так и после операции для полноценного лечения.

Я согласен на проведение метода анестезии, выбранной моим лечащим врачом.

Я обещаю не управлять транспортным средством и не совершать опасных действий в течение 24 часов или более (пока не закончится действие полученных мною во время операции лекарств).

Я одобряю рекомендуемое мне лечение, включая введение имплантатов и другие хирургические вмешательства, которые могут потребоваться. Я полностью осознал, что во время лечения или операции ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата.

Преимущества предлагаемого лечения значительно превышают возможные осложнения. Осознавая все это, я добровольно соглашаюсь на предлагаемое мне лечение, подписываю этот документ и заверяю доктора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, что не буду иметь претензий в случае, если проведенное лечение не достигнет идеального результата (в том числе – не произойдет «приживление» имплантата, возникнет необходимость иного вида протезирования ил повторного введения имплантатов).

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю добровольное информированное согласие на выполнение медицинскими работниками ООО «Панорама Мед» лечебных манипуляций в соответствии с предложенными планом.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись пациента/представителя (по доверенности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_