**Информированное добровольное**

**согласие на проведение имплантации**

**(хирургической операции по установке мини-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, согласно установленному диагнозу, и утверждённый план ортодонтического лечения предполагают хирургическую операцию по установке мини-имплантата/мини-имплантатов.

Имплантация является этапом ортодонтического лечения и требует в последующем установки ортодонтических 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

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 последующего ортодонтического лечения).

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 вмешательства или 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_