

  Общество с ограниченной ответственностью

«СТОМАТОЛОГИЯ»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Московская область, г. Мытищи, Олимпийский проспект, строение 2, д. 29, офис 9А, тел.: 8-495-407-06-67 8-916-586-15-06

 ИНН 5029132270 КПП 502901001 ОГРН 1095029010075 01.12.2009 г.

**ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: ХИРУРГИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ – УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЪЕМА КОСТИ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ.**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя. Данное **информированное добровольное согласие пациента (законного представителя пациента) на медицинское вмешательство: хирургическое стоматологическое лечение – увеличение объема кости в области верхнечелюстной пазухи** является Приложением к медицинской карте стоматологического больного

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается полностью Ф.И.О. пациента)*

Увеличение объема кости в области верхнечелюстной пазухи заключается в проведении разреза и откидывании лоскута (десны), удалении кости для осуществления доступа к полости пазухи, отслаивании слизистой, установке барьерной мембраны (при необходимости), введении аутогенных трансплантатов в виде стружки или блока и ушивании раны. Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции наращивания кости в области пазухи, однако такая возможность существует не всегда.

Как и любые стоматологические или медицинские процедуры, увеличение объема кости в области верхнечелюстной пазухи, а также введение лекарственных и обезболивающих препаратов связана с **определёнными рисками** **и осложнениями**:

*Наиболее часто встречающиеся риски:*

* воспаление лёгкой или средней степени, в том числе в течение продолжительного периода, в особенности при ненадлежащем уходе за полостью рта;
* болезненность и кровоточивость из носа в ранний послеоперационный период и в отдаленные сроки;
* дискомфорт или боль при накусывании и/или пережевывании пищи;
* отек мягких тканей полости рта и лица.

*Иногда встречающиеся риски:*

* инфекционное воспаление в области проведенного хирургического вмешательства;
* временное изменение цвета мягких тканей полости рта и кожи лица, низкая чувствительность губ, языка, тканей подбородка, щек и зубов;
* перфорация дна придаточной пазухи;

*Редко встречающиеся риски:*

* хирургическая травма зубов;
* скол фрагмента кости, проникновение в полость верхнечелюстного синуса;  проникновение в полость пазухи;
* утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что требует проведения повторного вмешательства для ее удаления;
* формирование соустья между пазухой и полостью рта;
* отсутствие возможности установить имплантаты в области операции в будущем, возникновение или усугубление патологии височно-нижнечелюстного сустава, необходимость проведения дополнительной операции;
* увеличение сроков заживления послеоперационной раны;
* аллергическая реакция на использованные материалы, на средства местного обезболивания или другие используемые при лечении лекарственные препараты.

Помимо вышеописанных рисков, могут существовать и иные риски, не упомянутые здесь. В Вашем случае возможны следующие специфические риски:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Для достижения положительных результатов лечения необходимо соблюдать следующие рекомендации:**

 Не забудьте проинформировать нас об особенностях Вашего организма и имеющихся аллергических реакциях. Настоящим Вы информируете нас о следующих своих заболеваниях и аллергических реакциях:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 В случае появления ощущения дискомфорта, боли, иных проблем или вопросов необходимо сразу же обратиться к Вашему лечащему врачу.

 В целях профилактики необходимо проверять состояние зубов и десны у стоматолога не реже 2 раз в год.

 **Последствия отказа от лечения:**

 В случае отказа от предложенного и альтернативных методов лечения возможны следующие риски:

* нарушение опоры зубов и челюстей, что может привести к подвижности зубов, дискомфорту/боли/повреждению челюстного сустава.
* снижение жевательной функции, что может привести к проблемам с питанием и пищеварением.
* ускоренная атрофия костной ткани из-за усиления давления при жевании.
* осложнения, связанные с нарушением расположения челюстей и зубов-антагонистов.
* убыль костной ткани, воспаление мягких тканей, повышенная чувствительность и подвижность зубов.
* осложнения, связанные с патологическим состоянием височно-нижнечелюстного сустава: головная боль, боль в области лица и задней поверхности шеи, быстрое утомление мышц лицевого скелета при жевании.

 **СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА:**

 Лечащий врач провел полное обследование полости рта. Мне были разъяснены альтернативные методы лечения. Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения как такового.

 Я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в информационном листе и иных представленных мне для ознакомления документах, в которых отражены основные сведения, полученные во время информационной консультации.

 Во время консультации у меня была возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, например, о специфических рисках, возможных осложнениях и альтернативных методах лечения. Лечащий врач дал полные и исчерпывающие ответы на мои вопросы.

 Я проинформирован(а) о том, что я могу отозвать свое согласие на данную процедуру в любое время до начала лечения.

 Я понимаю, что чрезмерное курение, употребление алкоголя и сахара могут оказывать негативное влияние на заживление послеоперационной раны. Я обязуюсь следовать инструкциям лечащего врача по уходу за полостью рта.

 Я обязуюсь информировать врача обо всех необычных ощущениях и случаях, происходящих со мной в ранний и отдаленный реабилитационный период после хирургического вмешательства.

 Я даю согласие на проведение местного обезболивания и на все медицинские действия, которые врач сочтет необходимым провести для улучшения моего состояния в процессе лечения.

 Я проинформировал(а) врача об общем состоянии своего здоровья. Также я сообщил(а) обо всех предшествующих аллергических или необычных реакциях на лекарственные препараты и средства местного обезболивания, кровь, продукты питания, укусы насекомых, пыльцу растений, пыль и предметы обихода; особенностях кровотечения при травме, а также о других особенностях, связанных с моим здоровьем, в том числе о перенесенных или имеющихся у меня заболеваниях, таких как СПИД, бронхиальная астма, гепатиты, заболевания сердечнососудистой системы, заболевания желудочно-кишечного тракта, туберкулез и другие заболевания, а также о случаях переливания крови, о контактах с инфекционными больными.

 Я проинформировал(а) врача о принимаемых мной лекарственных средствах и биологически активных добавках, а именно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Мне было дано достаточно времени для принятия решения; мне больше не требуется дополнительное время для обдумывания решения.

 **Настоящим я даю свое согласие на проведение предложенной(-ого/-ых) процедур(ы)/метода(ов) лечения. Я даю согласие на анестезию, изменение или продление лечения в случае необходимости, а также на повторное и последующие хирургические вмешательства.**

 Я также был(а) проинформирован(а) о необходимости регулярно посещать стоматолога и делать профессиональную чистку зубов (минимум два раза в год, желательно три раза в год).

Ни я, ни мои ближайшие родственники, ни люди, представляющие мои интересы, не будут предъявлять финансовых или юридических претензий в отношении того, что перечислено в данном документе. Ксерокопия этого документа несет за собой такую же юридическую силу, как и оригинал. Я полностью ознакомился с документом, мне все понятно, я согласен со всеми положениями данного документа и подтверждаю это своей подписью:

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись пациента, Ф.И.О.)*

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись лечащего врача, Ф.И.О.)* М.П.

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.