

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ УСЛУГИ ПО ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Я, _____, года рождения, даю информированное добровольное согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр ротовой полости и зубов, лабораторные и рентгенологические методы обследования, для получения стоматологической помощи по дентальной имплантации.

Медицинский работник _____ в доступной форме разъяснил цели и методы оказания стоматологического лечения по дентальной имплантации, связанные с ним риски, возможные варианты лечения, вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты лечения. До начала стоматологического лечения я получил(а) от врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Я проинформирован(а), что целью дентальной имплантации с последующим протезированием, является изготовление зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической целостности зубных рядов, адекватное распределение нагрузки на окружающую имплантаты костную ткань, косметический эффект лечения, сохранение зубов. Достижение цели возможно при выполнении двух этапов: хирургического и ортопедического.

Настоящим, я даю информированное добровольное согласие на выполнение мне

(полное наименование стоматологической услуги)

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по независящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я проинформирован(а), что имплантация - это современный метод восстановления зубного ряда, при котором имплантат выполняет функцию опоры для зубного протеза.

Имплантация бывает внутрикостная, внутрикостно-поднадкостничная, внутризубно-внутрикостная, внутрислизистая, субмукозная (подслизистая), поднадкостничная (субпериостальная).

Применяемые в моем случае **внутрикостные имплантаты** могут быть круглые (винтовые) и плоские (пластиночные).

Также имплантаты бывают неразборными и разборными, в зависимости от методики установления - одно- и двухэтапными (или погружными). Неразборные одноэтапные имплантаты состоят из внутрикостной части (винт или пластина), шейки, головки. Разборные (одноэтапные, двухэтапные) имплантаты состоят из внутрикостного элемента, абатмента, опорной головки, винта-заглушки, дополнительных элементов.

Последствиями полного отказа от восстановления отсутствующих зубов могут быть: прогрессирование зубочелюстных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая потеря зубов, что остались в наличии, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейрпатологии.

Этапы имплантации проходят последовательно и требуют определенного времени, которое зависит от сложности выполняемых вмешательств, индивидуальных особенностей организма и выполнения рекомендаций врача:

1. Подготовка к имплантации зубов. При подготовке к имплантации проводится лечение

сопутствующих заболеваний, как ротовой полости (санация полости рта), так и организма в целом, поскольку они прямо или косвенно могут повлиять на процесс приживления имплантата.

Отправной точкой для планирования лечения служат факторы, определяющие способ протезирования, тип имплантатов, объем, и качество имеющейся кости.

2. Хирургический этап. После проведения обезболивания, проводится разрез в месте установки имплантата, при помощи стоматологического инструмента создается костное ложе, куда устанавливается имплантат, после чего накладываются швы. В определенных случаях для скорейшего восстановления целостности костной ткани врачом-стоматологом могут использоваться специальные костеобразующие материалы и мембраны, а также возможна пересадка собственной кости пациента как в «смеси» с костеобразующими материалами, так и без них.

Дальнейшие действия проводятся, согласно выбранной методики имплантации, которая отражена в плане лечения.

При одноэтапной методике имплантат размещается в сформированном костном ложе, и протезирование начинается в первую неделю после операции.

При двухэтапной методике в костное ложе помещается корневая часть имплантата, и слизистая оболочка над ним ушивается. Протезирование начинается при полной интеграции кости и имплантата – через 2-3 месяца на нижней челюсти, а на верхней – спустя 4-6 месяцев. После того как имплантаты прижились в кости, десна над ними раскрывается и устанавливается формирователь десны на каждый имплантат, который в среднем 10-14 дней, придает десне необходимую для протезирования форму, после чего необходимо приступить к следующему этапу – протезированию.

3. Ортопедический этап заключается в установке абатмента (наддесневой части имплантата) и фиксации на него ортопедической конструкции.

Я информирован(а) о том, что ортопедический этап лечения проводится в сроки, установленные для каждого типа имплантатов. Эти сроки должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани. Меня предупредили, что зубные протезы, изготовленные с применением имплантатов, не могут точно повторять анатомическую форму и положение ранее удаленных зубов. Мне известно, что после протезирования, возможно, будет видна шейка имплантата в виде полоски блестящего металла.

Я также информирован(а) о том, что для успеха имплантационного лечения предъявляются высокие требования к объему костной ткани и ее структуре, а также к качеству десны в местах имплантации. Таковые требования зачастую приводят к необходимости дополнительных хирургических вмешательств, таких как синус-лифтинг, ретранспозиция нижнеальвеолярного нерва, увеличение высоты альвеолярного отростка костными трансплантатами, вестибулопластика, иссечение тяжелой слизистой оболочки.

Я информирован, что во время операции врач может изменить ее план в зависимости от фактического состояния костной ткани.

Кроме того, мне было разъяснено, что существует ряд заболеваний, при которых имплантация может быть противопоказана.

Альтернативными методами лечения являются: традиционное съемное и несъемное протезирование или отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден(а) о возможных побочных эффектах (точную продолжительность которых, невозможно предусмотреть в связи с особенностями организма), таких как: общее недомогание, аллергическая реакция.

Я информирован(а), что в процессе самой операции по имплантации зубов могут возникнуть следующие осложнения: проникновения бора за границы верхнечелюстной пазухи или боковых/нижних слоев нижней челюсти (пенетрация), проталкивание имплантата в верхнечелюстную пазуху, травма нервов (одним из вариантов может быть повреждение нервов, нижней челюсти, что ведет к онемению губы, языка, щеки – по отдельности или всех частей челюсти вместе), перегрев костных тканей в результате их механической обработки, недостаточная первичная фиксация имплантата, кровотечения и боли после операции, травма установленными имплантатами соседних зубов.

Однако современное оборудование и новейшие компьютерные технологии помогают свести риск подобных осложнений к минимуму даже для неопытного врача-стоматолога.

Осложнения после имплантации зубов: воспаление тканей возле имплантата (в частности периимплантит), выкручивание имплантата, отторжение имплантата, отлом компонентов зубного имплантата, прогрессирующая потеря твердых и мягких тканей вокруг имплантата, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Я понимаю, что имплантация является хирургическим вмешательством в биологический организм и сопровождается болевыми ощущениями. Для снижения болевой реакции проводится обезболивание, выбор методики местной анестезии я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии. Кроме того, врач разъяснил необходимость проведения рентгенологического исследования (в т.ч. для диагностики и контроля качества), объяснил цель и суть данной методики, а также получил мое согласие на его проведение. Врач объяснил, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани, что в определенных случаях имплантаты не приживаются и требуют удаления. Я знаю и понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой, не может быть дано стопроцентных гарантий на результат лечения или операции. Меня заранее предупредили, что указанные осложнения невозможно предвидеть и избежать, и клиника не несет ответственности за их наступление. Мне сообщили, что хирургическое вмешательство может повлечь за собой временную нетрудоспособность.

В случае отторжения имплантата на каждом из этапов (хирургическом или ортопедическом):

- Медицинская организация берет на себя обязательство по удалению имплантата;
- в случае отторжения имплантата на хирургическом этапе (в течении 3 месяцев с момента установки) переимплантация проводится за счет медицинской организации;
- стоимость услуг по протезированию с использованием имплантатов, оплаченная Потребителем (Пациентом), не возвращается, а все последующие услуги по протезированию оплачиваются Потребителем (Пациентом), отдельно, согласно действующему прайс-листу на момент оказания услуги.

Я информирован(а) о средних сроках службы имплантатов и среднестатистическом процессе их приживления. При установке имплантата, в целях контроля продукта, врач сохраняет информацию об установленном имплантате и компонентах (включая производственные данные, а также сроки стерильности) в медицинской документации.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период и обязательном ежегодном профилактическом обследовании у имплантолога.

Даю свое согласие на фото и видеосъемку в процессе лечения.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, информация была доведена до меня в понятной и доступной форме.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на дентальную имплантацию в предложенном объеме.

Пациент _____

Врач _____

Дата _____