

### **Информированное добровольное согласие на проведение базальной имплантации**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь за медицинской помощью, предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии здоровья пациента и соглашаюсь на проведение на проведение базальной имплантации и проведение стоматологического лечения в объеме, предусмотренном договором на оказание платных медицинских услуг и планом лечения.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

Я узнал(а), что возможны следующие варианты реконструкции зубов:

- **Полный/частичный съёмный протез с имплантатами или без имплантатов;**
- **Несъёмный протез на традиционных (крестальных) имплантатах;**
- **Несъёмный протез на базальных имплантатах**

Я даю добровольное согласие на проведение базальной имплантации. Содержание и результаты медицинской услуги, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью понял(а).

**Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения:**

**Базальная имплантация это метод по вживлению имплантов в самые глубокие, базальные слои кости, благодаря чему недостаток костной ткани не является помехой.**

Базальные имплантаты устанавливаются путем обычного прокола, без создания массивных разрезов, при этом фиксируются в глубоких (бикортикальных) слоях костной структуры, которые более стерильны чем верхние слои.

Данный метод выполняется без наращивания кости – при наличии ее атрофии индивидуально подбираются имплантаты с особым креплением и формой, обеспечивающие надежную фиксацию сразу после их установки. Если наблюдается небольшой объем кости, то имплантаты вживляются под углом – в соседнее место, где кости достаточно.

Метод базальной имплантации применяется при отсутствии не менее трёх зубов.

**Метод базальной имплантации состоит из четырех этапов:**

1. **Подготовительный этап.** В этот период проводится лечение больных зубов, общее обследование, анализ состояния костной ткани.
2. **Установка имплантов.** Базальны импланты изготавливаются с учётом индивидуальных особенностей пациента. Установка выполняется путём прокола тканей в месте вживления импланта, что делает процедуру менее травматичной.
3. **Снятие слепка,** по которому будет изготавливаться протез.
4. **Установка металлопластмассового протеза.**

**Отрицательных последствий отказа** от имплантации быть не может, так как зубная имплантация всего лишь один из методов восстановления отсутствующих зубов. Однако клиническое применение имплантатов в качестве самостоятельных протезов или опор для мостовидных или съёмных протезов имеет ряд преимуществ перед традиционным зубным протезированием:

- возможность замещать дефекты зубного ряда без обточки соседних зубов;
- возможность исключить съемные протезы при замещении концевых дефектов;
- возможность изготовления несъемных протезов большой протяженности;
- возможность изготовления несъемных протезов при полном отсутствии зубов или значительное улучшение фиксации полных съемных протезов;
- отсутствие необходимости сохранять зубы с сомнительным периодонтальным прогнозом;
- внедрение в кость имплантатов позволяет остановить потерю кости в области отсутствующего зуба (зубов), т.к. кость, лишенная функциональной нагрузки быстро атрофируется.

**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, нейропатологии.

**Я информирован(а),** что операция базальной имплантации является вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на приживание имплантата, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов имплантации.

В случае возникновения во время обследования и проведения процедуры непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение характера лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием об этом.

**Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях во время и после проведения операции по имплантации зуба:**

**Осложнения при имплантации зубов, то есть в процессе самой операции:**

- проникновения бора за границы верхнечелюстной пазухи или боковых/нижних слоев нижней челюсти (пенетрация);
- проталкивание импланта 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);
- недостаточная первичная фиксация имплантата;
- кровотечения и боли после операции;
- травма установленными имплантатами соседних зубов.

**Осложнения после имплантации зубов:**

- воспаление тканей возле импланта (в частности периимплантит);
- выкручивание импланта;
- отторжение импланта, в случае отторжения необходимо будет восстанавливать костную ткань.;
- отлом компонентов зубного импланта;
- аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

**Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после имплантации зубов являются болевые ощущения в области вмешательства и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.**

Я понимаю, что в ходе лечения необходимо соблюдать график контрольных осмотров, проводить тщательную гигиену полости рта, сообщать в клинику о всех случаях изменения прикуса, болевых ощущениях на имплантатах, расцементировках протезов, соблюдать рекомендации врача по приему лекарственных препаратов, соблюдать мягкую диету в течение 2 месяцев с момента фиксации протезов на имплантаты.

Я был (а) информирован(а), при протезировании зубов с использованием «базальной» методики имплантации, временная конструкция установленная в первые 72 часа после установки имплантатов, играет роль стабилизирующую имплантаты по месту их установки, а также формирование новых миофасциальных рефлексов, и окклюзионных контактов: рельефа десны альвеолярных отростков.

Металлопластмассовая конструкция не рассчитана на длительное ношение (более 6-ти месяцев), так как изготовлена из не износостойких материалов. При изготовлении теряются правильные (оптимальные) контакты зубов верхней и нижней челюсти, что может привести и приводит к перегрузке отдельных имплантатов или сегментов: нарушается их стабильность и как следствие резорбция костной ткани по длине имплантата, и это приводит к их потере.

**Поэтому рекомендовано (настоятельно) через 4-6 месяцев заменить временную конструкцию на постоянную, выполненную из металлокерамики или керамики на базе диоксида циркония.**

Я был(а) информирован(а), что немедленная нагрузка сопряжена с определенными рисками для благоприятного исхода лечения и при не соблюдении вышеуказанных условий возможны осложнения в виде: потери имплантатов, возникновении свищей, возникновение хронических синуситов, появление тяжелей и рубцов на десне, появление промежутков между протезом и десной, сколов на временной конструкции, потемнения временной конструкции.

Я был(а) информирован(а), что в случае тотального протезирования на базальных имплантатах необходимо связывать имплантаты между собой одной шинирующей протезной конструкцией с вовлечением собственных зубов (если таковые имеются).

Я был(а) информирован(а), что на любом этапе лечения может потребоваться дополнительное удаление зубов или (и) дополнительная установка имплантатов.

Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты.

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

**Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа.**

**Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о выборе метода базальной имплантации и проведении данной медицинской манипуляции врачом в клинике Исполнителя.**

*Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.*

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Пациент/законный представитель пациента**

**согласился на медицинское вмешательство** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись, \_\_\_\_\_ Фамилия, И.О.

Пациент/законный представитель пациента

**отказался от медицинского вмешательства** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись, \_\_\_\_\_ Фамилия, И.О.