

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство  
«имплантация All-on-6»**

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)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем \_\_\_\_\_

ФИО несовершеннолетнего пациента

\_\_\_\_\_, дата рождения Пациента: \_\_\_\_\_

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о состоянии моего здоровья и необходимый и подлежащий выполнению в связи с этим объем диагностических и лечебных (хирургических) манипуляций.

**Я, даю добровольное согласие** на проведение операции операция «имплантация All-on-6» в объеме, предусмотренном договором о предоставлении медицинских услуг и планом лечения.

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).

**Альтернативными методами лечения являются:** несъемный мост, полностью съемный протез, протез на 4-10 имплантах, протез на базальных имплантах.

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

All-on-6 (Всё-на-6) — это полное протезирование челюсти с фиксацией протеза всего на 6 имплантах. Суть метода в установке протеза на 6 искусственных корнях, вживленных в нижнюю и верхнюю челюсти: по два спереди вертикально, и по два с каждой стороны челюсти, под углом примерно 60°.

Концепция All-on-6 применяется для пациентов с атрофией костной ткани средней степени на нижней челюсти и с сильной резорбцией на верхней, так как имплантаты вживляются в глубокий слой челюстной кости или в скуловую кость.

**Показания к имплантации All-on-6:**

- полное отсутствие зубов на одной или обеих челюстях;
- наличие только нескольких разрушенных зубов, которые не могут стать опорой для протезов;
- недостаточный объем костной ткани;
- противопоказания к наращиванию кости.

**Противопоказания к имплантации All-on-6:**

- пародонтоз или пародонтит;
- беременность и кормление грудью;
- заболевания иммунитета;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- плохая свертываемость крови;
- сахарный диабет.

**Этапы процедуры имплантации All-on-6:**

1. Подготовительный: Первым делом делаются анализы, обычно достаточно общего анализа крови. Проводят компьютерную томографию верхней и нижней челюсти с целью выявления, в какие места можно вживлять импланты. По результатам составляется цифровой план дальнейших лечебных процедур. Также в ходе подготовки полость рта подготавливается к протезированию. Для этого удаляются оставшиеся в челюсти зубы, проводится лечение десен.

2. Имплантация: Пациенту делают обезболивание. На челюсть накладывается хирургический шаблон. Это специальная конструкция из пластика с отверстиями, изготовленная на основе данных КТ. С ее помощью хирург ввинчивает импланты в нужные места под точно определенным углом.

Через отверстия шаблона в челюсть вживляют импланты. Они устанавливаются без разрезов и сверления, так как имеют специальную резьбу и легко ввинчиваются в кость.

Пациенту остается отдыхать после операции на один-два часа.

3. Фиксация временного протеза – несколько часов спустя после операции, на имплантах врач зафиксирует временный несъемный протез из акриловой пластмассы. В течение следующих 10 дней вам будет необходимо 1-2 раза приехать в клинику на повторный осмотр. Для ускорения приживляемости имплантов специалисты рекомендуют использовать в пищу продукты средней жесткости.

В редких случаях временный протез устанавливается не сразу, а через 2-3 дня после имплантации. Это зависит от состояния десен и челюсти пациента, и обычно обговаривается еще на стадии планирования процедуры.

4. Установка постоянного протеза. Фиксация постоянной конструкции производится через 12-24 недели после проведения хирургической операции, в зависимости от скорости приживляемости имплантатов. Для изготовления постоянного протеза используется 12-14 искусственных коронок, выполненных безметалловой керамики, металлокерамики или металлопластмассы.

**Осложнения предполагают, но не ограничиваются следующим:**

- лицевая челюстная припухлость, возникновение гематомы и изменение цвета кожного покрова в области челюстей глаз и носа. Длительность, обычно несколько дней;
- болевые ощущения, которые могут сохраняться до нескольких недель;
- некоторая потеря чувствительности или ощущение онемения в области подбородка, губ, десен, языка, зубов, которые могут продлиться от нескольких дней до нескольких месяцев. В редких случаях нарушение чувствительности или ощущение онемения могут приобрести стойкий характер;
- кровотечение в момент и после хирургического вмешательства;
- при обезболивании и индивидуальном расположении – повреждение нервно – сосудистого пучка;
- аллергическая реакция на медикаменты, обморок, анафилактическая реакция при проведении обезбоживания;
- как и в случае любого хирургического вмешательства, существует опасность послеоперационной инфекции.
- отторжение импланта.

При несоблюдении рекомендаций по гигиене полости рта может возникнуть периимплантит, воспаление слизистой оболочки после установки временного протеза. Возможен перелом базиса протеза, временной конструкции.

**Я информирован(а)**, что имплантаты в послеоперационном периоде могут вызывать реакцию отторжения, что приведет к их удалению. В случае отторжения имплантата в течении года с момента проведения операции мне может быть проведена повторная операция.

Меня информировали о том, что операции по установке стоматологических имплантатов заведомо связаны с риском и положительный результат зависит от состояния организма пациента, поэтому клиника не дает 100% гарантии положительного результата.

**Я также ознакомлен(а)** с тем, что в настоящее время имеющаяся техника имплантации не может дать 100% гарантии успеха, и отказываюсь от предъявления каких – либо претензий к врачам и клинике, которые будут использовать все свои знания и опыт для обеспечения успеха имплантации.

**Я информирован(а)**, что при неблагоприятном исходе операции (отторжении или удалении имплантата) деньги, уплаченные мною за проведенное лечение и использованные материалы (имплантаты) возврату не подлежат.

Меня предупредили о том, что в ходе операции возможно выявление анатомических особенностей строения челюсти, в результате чего врач может изменить план операции либо прекратить операцию.

Меня предупредили, что зубные протезы, изготовленные с применением имплантатов, не могут точно повторять анатомическую форму и положение ранее удаленных зубов.

**Я соглашаюсь с тем, что** при использовании протезов возможны дискомфортные ощущения в ротовой полости, изменение дикции, ощущение инородного тела в рту, воспаление слизистой оболочки ротовой полости, привыкание к которым требует времени и, при необходимости, процедур коррекции. Я соглашаюсь с тем, что в редких случаях, даже после неоднократных коррекций протезов, возможна ситуация, когда пациенту не удастся привыкнуть к протезам вследствие возникновения субъективных дискомфортных ощущений во время пользования протезами. Поэтому я соглашаюсь с тем, что возникновение **непривыкания к протезам не является существенным недостатком протезирования**, так как основано на субъективных ощущениях взаимодействия слизистой и органов ротовой полости с инородным материалом, независящих от способов и материалов протезирования.

Меня заранее предупредили, что указанные осложнения невозможно предвидеть и избежать, и клиника не несет ответственности за их наступление.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, употребление сахара, могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я согласен выполнять рекомендации моего врача по приёму лекарственных препаратов в послеоперационном периоде, по уходу за полостью рта и регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в медицинской карте стоматологического больного).

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Я информирован(а) о необходимости в течении 24 часов после операции соблюдать полный покой: не работать и не управлять автомобилем, не жевать и не разговаривать; соблюдать щадящую (жидкую) диету и гигиену полости рта. Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Я информирован о среднем сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте благоприятного исхода операции по установке имплантата.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на хирургическое лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их не соблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

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 обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил/а/ удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

**Я даю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне операции имплантация АП-оп-6 на предложенных условиях.**

*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 согласился на медицинское вмешательство** \_\_\_\_\_ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)