№ карты

Информированное добровольное согласие на операцию по удалению имплантата

Я, Проверочный Иван Иванович,

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, ха- рактере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания

- K00 Нарушения развития и прорезывания зубов
- K01 Ретенированные и импактные зубы K04 Болезни пульпы и периапикальных тканей
- K05 Гингивит и болезни парадонта
- K08 Другие изменения зубов и их опорного аппарата
- K10 Другие болезни челюстей и, в связи с этим(и) заболеванием(и), о необходимости проведения операции по удалению зуба(ов)
- K07 Челюстно-лицевые аномалии (включая аномалии прикуса)

☐

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отказа от удаления импланта(ов) возможно возникновение следующих осложнений заболевания: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти; гнойное воспаление лица и шеи; острый сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма, летальный исход. Также отказ от удаления может привести к усложнению и невозможности будущего ортопедического лечения.

Мне разъяснено и понятно, что операция по удалению импланта заключается в удалении импланта или его части из челюстной кости при помощи специальных, адаптированных для разных ситуаций в полости рта инструментов. При некоторых заболеваниях врачу необходимо препарировать кость в области удаляемого импланта или его части для обеспечения доступа. В таких случаях, а так же в случаях последующей имплантации для скорейшего восстановления целостности костной ткани врачом-стома- тологом могут использоваться специальные костеобразующие материалы (Bio-OSS, «OsteoBiol Apatos», «OsteoBiol MP3»,«Easy-graft» и др.) и мембраны (HPT Bio-Gite, «Evolution» и др.), а также возможна пересадка собственной кости пациента как в «смеси» с костеобразующими материалами, так и без них.

Альтернативными методами лечения являются: отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: появление или нарастание боли, кровотечение, осложнения воспалительного характера (альвеолит, остеомиелит и др), вывих нижней челюсти, травма нервов в области удаляемого импланта и, как следствие, онемение участка кожи лица и губ, которое может сохраняться 3-6 месяцев и более, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 2-3 дня.

Образец

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после удаления импланта являются болевые ощущения в области удаленного импланта 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.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня отве- ты, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом клиники.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья (в том числе после смерти):

_____

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Беседу провел врач _____ /_____

(подпись)

Потребитель(Пациент) Проверочный Иван Иванович **согласился** с проведением медицинского вмешательства _____(подпись)
(ф.и.о.)

Потребитель(Пациент) Проверочный Иван Иванович **отказался** от проведения медицинского вмешательства _____(подпись)
(ф.и.о.)

Образец