

Информированное добровольное согласие на дентальную имплантацию (для пациента с привычкой курения)

Я, _____ дата рождения _____

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство: дентальную имплантацию в зоне _____ (указать зуб/сегмент, например «16») в ООО «ЭСТЕТИКА» (лицензия № _____) с возможным выполнением подготовительных хирургических этапов.

1. Мне сообщён диагноз: _____ (например, «адентия 16, умеренная атрофия альвеолярного отростка, близость дна гайморовой пазухи»).

Мне разъяснено, что курение достоверно ухудшает прогноз приживления имплантата за счёт: спазма сосудов и снижения кровоснабжения тканей — это замедляет регенерацию кости и мягких тканей; угнетения местного иммунитета — повышается риск воспаления (периимплантита) и инфицирования; нарушения формирования костной ткани вокруг имплантата — увеличивается риск несостоявшейся остеоинтеграции; повышенной скорости образования налёта и прогрессирования заболеваний пародонта — это критично для долгосрочного сохранения имплантата. Мне также разъяснено, что у курильщиков риск неудачи имплантации в среднем в 2–2,5 раза выше, чем у некурящих. Факторы риска у меня (нужное отметить и вписать): курю сигареты (примерно _____ шт. в день); использую электронные сигареты/системы нагревания табака; стаж курения _____ лет; иные привычки (кальян и т. п.): _____. Цель вмешательства — восстановление жевательной функции и эстетики за счёт установки дентального имплантата и последующей ортопедической конструкции при условии строгого соблюдения рекомендаций врача. 2. Имплантация — это хирургическое вмешательство с последующим периодом остеоинтеграции.

Планируется следующий порядок действий: Диагностика и планирование: осмотр, фотопротокол, ОПТГ и обязательно КЛКТ для оценки объёма и плотности кости, топографии анатомических структур. Санация полости рта: лечение кариеса, пародонтологическая подготовка, профессиональная гигиена — для курильщиков это особенно важно из-за повышенного риска периимплантита. Подготовительные хирургические этапы (при необходимости): синус-лифтинг (открытый/закрытый) на верхней челюсти; направленная костная регенерация (НКТ) или аутотрансплантация костного блока; пластика мягких тканей — для создания достаточного объёма прикреплённой десны. Установка дентального имплантата с контролем первичной стабильности (торк не менее 30–35 Н·см при возможности). Период остеоинтеграции: 3–6 месяцев (у курильщиков срок может быть увеличен из-за замедленной регенерации). Второй этап (при двухэтапной методике): установка формирователя десны. Ортопедический этап: снятие слепков/сканирование, изготовление и фиксация абатмента и коронки.

Тип протокола: [] одномоментная имплантация [] классическая двухэтапная [] с отсроченной нагрузкой (рекомендуется для курильщиков).

Метод костной пластики (если планируется): [] синус-лифтинг [] НКТ [] костный блок [] не требуется.

3. Мне разъяснены альтернативы: мостовидный протез с опорой на соседние зубы (с препарированием); съёмное протезирование; отсутствие восстановления (сохранение дефекта).

Последствия отказа от имплантации: прогрессирующая атрофия костной ткани, смещение зубов, нарушение прикуса, снижение жевательной эффективности, эстетические проблемы. Я понимаю преимущества и недостатки каждого варианта и осознанно выбираю имплантацию при условии выполнения всех рекомендаций.

4. Мне разъяснены дополнительные риски, обусловленные курением -замедленное заживление мягких тканей, расхождение швов; повышенный риск периимплантита и отторжения имплантата; более выраженный и длительный отёк и болезненность; ускоренная убыль костной ткани в долгосрочной перспективе; снижение эффективности профилактических мер даже при хорошей гигиене. Я понимаю, что даже при идеальной технике операции результат не может быть гарантирован на 100 % из-за индивидуальных особенностей организма и влияния никотина.

5. Для повышения прогноза приживления я обязуюсь: полностью отказаться от курения (включая электронные сигареты, системы нагревания табака, кальян) минимум на 8 недель до операции и 8 недель после (рекомендуемый минимум — 4 недели до и 8 недель после; не курить в первые 72 часа после операции категорически — это критический период для первичного заживления; строго соблюдать гигиену полости рта, использовать рекомендованные средства (антисептические ополаскиватели, щётки, ирригатор); посещать все контрольные осмотры и профессиональные чистки по графику; сообщать врачу об изменении самочувствия, появлении дискомфорта, кровоточивости, подвижности конструкции. **Если я не смогу соблюдать эти условия, прогноз существенно ухудшается, и врач вправе отложить операцию до достижения приемлемого уровня контроля факторов риска.**

6. Я разрешаю выполнять необходимые дополнительные манипуляции (в т. ч. синус-лифтинг, НКТ, удаление грануляций, наложение швов), если это потребуется для безопасности и результата; изменить хирургическую тактику (в т. ч. отказаться от немедленной нагрузки, перейти на двухэтапный протокол с удлинённым сроком остеоинтеграции), если врач сочтёт это необходимым; делать снимки (рентген, ОПТГ, КЛКТ) до, во время и после вмешательства для контроля качества; назначать медикаментозную терапию (антибиотики, анальгетики, антигистаминные) по показаниям; обрабатывать и хранить мои персональные данные в медицинской информационной системе клиники.

7. Послеоперационные рекомендации (усиленные для курильщиков). Для снижения риска осложнений важно соблюдать рекомендации: первые 2–3 часа — ничего не есть и не пить; первые сутки — не полоскать рот, не греть область операции, не посещать баню/сауну, не заниматься спортом; категорически запрещено курить в первые 72 часа; далее — полный отказ по согласованному сроку; мягкая, не горячая, не острая пища; аккуратная гигиена: не травмировать область швов, использовать щётку с мягкой щетиной, дополнительные средства по назначению врача;

приём препаратов строго по назначению врача;

явиться на контрольные осмотры в сроки: _____ (указать даты).

Более подробные рекомендации указаны в памятке, выданной на руки.

8. Я подтверждаю, что: врач подробно разъяснил мне влияние курения на приживление имплантата, этапы, возможные риски и альтернативы; мне понятны все термины и формулировки в документе; я задал(а) все интересующие вопросы и получил(а) понятные ответы; сообщил(а) врачу о своей привычке к курению, количестве сигарет в день, стаже, а также обо всех заболеваниях, аллергиях, принимаемых

лекарствах; я осознаю, что результат зависит не только от врача, но и от моего соблюдения рекомендаций, в том числе полного отказа от курения на оговорённый срок; я добровольно и без давления даю согласие на операцию.

Дополнительно подтверждаю: ☐ готов(а) полностью отказаться от курения на срок _____ недель до и _____ недель после операции;

☐ понимаю, что при продолжении курения прогноз резко ухудшается; ☐ аллергии: _____; ☐ хронические заболевания/приём препаратов: _____

Экземпляр согласия выдан на руки пациенту: ☐ да / ☐ нет

Памятка по послеоперационному уходу получена: ☐ да / ☐ нет

С условиями гарантий в Клинике ознакомлен, согласен.

Дата: «» _____ 20 г.

Пациент:

Подпись _____ / Ф. И. О. _____

Лечащий врач:

Подпись _____ / Ф. И. О. _____