

Информированное добровольное согласие на дентальную имплантацию (в том числе с подготовительными этапами)

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, выраженная атрофия альвеолярного отростка по высоте на 5–6 мм, близость дна гайморовой пазухи»).

Мне разъяснено, что сложность случая обусловлена следующими факторами (нужное отметить и вписать): дефицит объёма костной ткани (по ширине/высоте) — требуется костная пластика / синус-лифтинг; низкая плотность кости (D3/D4 по Миш) — риск недостаточной первичной стабильности; хронические заболевания: _____ (диабет, остеопороз, приём бисфосфонатов и т. д.); локальные факторы: пародонтит, бруксизм, неудовлетворительная гигиена; вредные привычки: [] курение [] иное: _____. Цель вмешательства — восстановление жевательной функции и эстетики за счёт установки дентального имплантата и последующей ортопедической конструкции.

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 (нижнечелюстной канал, гайморова пазуха). Санация полости рта: лечение кариеса, пародонтологическая подготовка, профессиональная гигиена — без этого риск периимплантита повышается. Подготовительные хирургические этапы (при необходимости): синус-лифтинг (открытый/закрытый) на верхней челюсти; направленная костная регенерация (НКТ) или аутотрансплантация костного блока; пластика мягких тканей (вестибулопластика, пересадка свободного десневого трансплантата) — для формирования достаточного объёма прикреплённой десны. Установка дентального имплантата с контролем первичной стабильности (торк не менее 30–35 Н·см при возможности). Период остеоинтеграции: 2–6 месяцев (срок зависит от локализации, плотности кости, необходимости костной пластики). Второй этап (при двухэтапной методике): установка формирователя десны. Ортопедический этап: снятие слепков/сканирование, изготовление и фиксация абатмента и коронки. Учитывая сложность случая, врач заранее предупреждает, что протокол может быть многоэтапным, а сроки увеличены.

Тип протокола: [] одномоментная имплантация [] классическая двухэтапная [] с немедленной/ранней нагрузкой (только при достаточной стабильности и по показаниям).

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 в зоне отсутствующего зуба, смещение зубов, нарушение прикуса, снижение жевательной эффективности, эстетические проблемы. Я понимаю преимущества и недостатки каждого варианта и осознанно выбираю имплантацию.

4. Мне разъяснены возможные риски и осложнения на каждом этапе: во время операции: кровотечение, гематома; повреждение соседних зубов, корней, нервов (в т. ч. нижнеальвеолярного), стенок гайморовой пазухи; недостаточная первичная стабильность, невозможность установки имплантата в запланированной позиции; необходимость расширения объёма вмешательства (например, синус-лифтинга) прямо во время операции.

В раннем послеоперационном периоде: боль, отёк, гематома, временное ограничение открывания рта; расхождение швов; инфицирование, альвеолит/периимплантит; аллергическая реакция на анестетики/медикаменты.

В отдалённом периоде: отторжение имплантата (отсутствие остеоинтеграции); периимплантит (воспаление вокруг имплантата) из-за плохой гигиены или сопутствующих заболеваний; перелом винта/абатмента, скол керамики; прогрессирование атрофии кости при неудовлетворительной нагрузке или патологии.

Я понимаю, что даже при идеальном выполнении всех этапов результат не может быть гарантирован на 100 % из-за индивидуальных особенностей организма.

5. Мне разъяснено, что следующие факторы достоверно ухудшают прогноз приживления и долговечность имплантата: курение (в том числе электронные сигареты); некомпенсированный сахарный диабет, тяжёлые системные заболевания; приём бисфосфонатов, иммуносупрессивная терапия; бруксизм (повышенные окклюзионные нагрузки); неудовлетворительная гигиена полости рта, пропуск профессиональных чисток. Я обязуюсь сообщать врачу об изменениях в состоянии здоровья и строго соблюдать рекомендации.

6. Я разрешаю: выполнять необходимые дополнительные манипуляции (в т. ч. синус-лифтинг, НКТ, удаление грануляций, наложение швов), если это потребуются для безопасности и результата; изменить хирургическую тактику (в т. ч. отказаться от немедленной нагрузки, перейти на двухэтапный протокол), 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. 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; не курить и не употреблять алкоголь минимум 48 часов; мягкая, не горячая, не острая пища; аккуратная гигиена: не травмировать область швов, использовать щётку с мягкой щетиной;

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 суть вмешательства, этапы, возможные риски и альтернативы; мне понятны все термины и формулировки в документе; я задал(а) все интересующие вопросы и получил(а) понятные ответы; я сообщил(а) врачу обо всех своих заболеваниях, аллергиях, принимаемых лекарствах и вредных привычках; я осознаю, что результат зависит не только от врача, но и от моего соблюдения рекомендаций; я добровольно и без давления даю согласие на операцию.

Дополнительно подтверждаю наличие/отсутствие состояний (нужное отметить):

[] сахарный диабет [] гипертония [] приём антикоагулянтов [] бисфосфонаты [] иное: _____

[] аллергии: _____ Дата: «» _____ 20 г.

Экземпляр согласия выдан на руки пациенту: [] да / [] нет

Памятка по послеоперационному уходу получена: [] да / [] нет

С условиями гарантий в Клинике ознакомлен, согласен.

Пациент:

Подпись _____ / Ф. И. О. _____

Лечащий врач:

Подпись _____ / Ф. И. О. _____