

Информированное добровольное согласие на удаление зуба, ретинированного зуба, дистопированного зуба (сложный случай) с применением пьезохирургии

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: удаление ретинированного зуба _____ (указать зуб, например: «48-й, нижний правый зуб мудрости») в ООО «ЭСТЕТИКА» (лицензия № _____) с применением пьезохирургии.

1. Мне сообщён диагноз: _____ (например, «ретинированный 48-й зуб, горизонтальное положение, корни вплотную прилежат к нижнечелюстному каналу по данным КЛКТ, риск парестезии; плотная костная ткань, возраст пациента > 40 лет»).

Мне разъяснено, что сложность случая обусловлена следующими факторами: нестандартное положение зуба (горизонтальное/медиально наклонённое/иное); разветвлённые, изогнутые или сросшиеся корни; близость корней к нижнечелюстному нерву (нижняя челюсть) или к стенке верхнечелюстной пазухи (верхняя челюсть); повышенная плотность костной ткани, характерная для взрослых пациентов старше 35–40 лет; наличие сопутствующего воспаления (перикоронарит, киста, резорбция корня соседнего зуба) — при наличии указать: _____.

Цель вмешательства — устранить источник патологии, предотвратить прогрессирование осложнений и сохранить функцию зубочелюстной системы.

2. Удаление ретинированного зуба — это полноценное хирургическое вмешательство. Планируется следующий порядок действий: осмотр, оценка снимков (ОПТГ и обязательно КЛКТ для оценки топографии нервов/пазух и планирования объёма костной резекции); местная анестезия (вид анестетика: _____); разрез десны, откидывание лоскута; применение пьезохирургии: с помощью ультразвукового пьезотома выполняется аккуратное удаление костной ткани над зубом и (при необходимости) сегментация зуба на фрагменты. Особенность метода: ультразвук действует преимущественно на твёрдые ткани и минимально травмирует мягкие ткани, сосуды и нервы; зона воздействия непрерывно охлаждается физраствором для исключения перегрева; извлечение фрагментов зуба, ревизия лунки, удаление патологических тканей (кисты, грануляций) при необходимости; наложение швов (если требуется); контрольный снимок (прицельный или КЛКТ) для подтверждения полноты удаления и отсутствия осложнений. Учитывая сложность случая, врач заранее предупреждает, что удаление, скорее всего, будет выполняться сегментационно (с распилом зуба), а объём костной резекции и длительность операции будут выше, чем при простом удалении.

Тип удаления: [] плановое [] экстренное.

Метод костной резекции: [] пьезохирургия (пьезотом) [] комбинированно (пьезохирургия + вращающиеся инструменты)

3. Мне разъяснены альтернативы: наблюдение (только при отсутствии воспаления, кисты, давления на соседние зубы и при регулярном контроле); ортодонтическое вытяжение (в редких случаях по строгим показаниям); отказ от лечения с осознанием рисков прогрессирования патологии.

Последствия отказа от удаления: острый перикоронарит, абсцесс, флегмона; кариес и периодонтит на соседнем зубе из-за труднодоступной зоны; смещение зубного ряда, нарушение прикуса; формирование кисты или гранулемы; прогрессирующее воспаление костной ткани (периостит, остеомиелит).

Я понимаю преимущества и недостатки каждого варианта и осознанно выбираю удаление с применением пьезохирургии, поскольку врач обосновал его целесообразность в моём случае.

4. Даже при применении щадящих методов (включая пьезохирургию) в сложных случаях риск осложнений объективно выше. Мне объяснили, что может быть: выраженный отёк и гематома, ограничение открывания рта на 3–7 дней (у взрослых пациентов отёк может держаться дольше из-за сосудистых особенностей и плотности тканей); кровотечение (в том числе отсроченное); альвеолит (воспаление лунки) — риск повышен из-за большего объёма вмешательства и сегментации зуба; повреждение мягких тканей, перфорация десневого лоскута; при удалении нижних зубов — риск временного или стойкого онемения губы, языка, подбородка из-за близости к нижнечелюстному нерву (особенно при плотном прилегании корней к каналу); при удалении верхних зубов — риск перфорации дна верхнечелюстной (гайморовой) пазухи; перелом корня или коронки зуба, вывих/повреждение соседнего зуба; инфицирование, необходимость антибактериальной терапии; аллергические реакции на анестетики и медикаменты. Я понимаю, что пьезохирургия снижает риск травмы мягких тканей и перегрева кости, но не исключает всех возможных осложнений и индивидуальных реакций организма. В сложных случаях длительность операции, объём вмешательства и сроки восстановления объективно больше, чем при стандартном удалении.

5. 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 щеки, не посещать баню/сауну, не заниматься спортом; не курить и не употреблять алкоголь минимум 48 часов; есть мягкую, не горячую, не острую пищу; аккуратно чистить зубы, избегая области швов; принимать препараты строго по назначению врача; явиться на контрольный осмотр в срок _____ (указать дату/интервал). Учитывая возраст и сложность случая, восстановление может занять больше времени: отёк и дискомфорт могут сохраняться до 7–10 дней, а полное заживление лунки — до нескольких недель. Более подробные рекомендации указаны в памятке, выданной на руки.

6. Я разрешаю: выполнять любые необходимые дополнительные манипуляции в ходе операции (в т. ч. наложение швов, сегментацию зуба, удаление костных фрагментов), если это требуется для безопасности и результата; изменить хирургическую тактику (в т. ч. временно или полностью отказаться от пьезохирургии и использовать традиционные инструменты, либо расширить объём вмешательства), если врач сочтёт это необходимым по ходу операции; делать снимки (рентген, ОПТГ, КЛКТ) до и после вмешательства; назначать медикаментозную терапию (антибиотики, анальгетики, антигистаминные) по показаниям;

обрабатывать и хранить мои персональные данные в медицинской информационной системе клиники.

Дополнительно подтверждаю, что сообщил(а) врачу о следующих состояниях (нужное отметить и вписать):

[☐] сахарный диабет / [☐] гипертония / [☐] приём антикоагулянтов / [☐] нарушения свёртываемости крови / [☐] другие хронические заболевания: _____

[☐] аллергии: _____

7. Я подтверждаю, что: врач подробно разъяснил мне суть вмешательства, особенности пьезохирургии, специфику сложного случая и все возможные риски; 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 особенностях здоровья; я осознаю, что результат зависит не только от врача, но и от моего соблюдения рекомендаций; я добровольно и без давления даю согласие на операцию.

С перечнем рисков ознакомлен, вопросы заданы, ответы получены.

Экземпляр согласия выдан на руки пациенту: [☐] да / [☐] нет (нужное отметить)

Памятка по послеоперационному уходу получена: [☐] да / [☐] нет (нужное отметить)

С условиями гарантий в Клинике ознакомлен, согласен.

Дата: _____ 20 г.

Пациент:

Подпись _____ / Ф. И. О. _____

Лечащий врач:

Подпись _____ / Ф. И. О. _____