Бланк информированного согласия на аугментацию костной ткани
Bone Augmention

Цель операции – нарастить костную ткань для последующей установки зубных имплантатов во время аугментации костной ткани или после нее. Костный трансплантат может быть изготовлен из внешнего или собственного источника. В случае установки имплантата, полученного из собственного источника, костный трансплантат может быть «извлечен» из полости рта, как правило, ткань берется из области подбородка или задней части нижней челюсти («восходящая ветвь»). В некоторых случаях костный трансплантат фиксируется винтами или фиксирующими штифтами, которые впоследствии могут быть удалены.

Имя пациента: _____

фамилия имя имя отца удостоверение личности

Я подтверждаю получение подробных устных пояснений от доктора: _____

фамилия имя

об аугментации костной ткани / замене костной ткани с/без дентальных имплантатов на верхней/нижней челюсти*. (далее – «основное лечение»).

Мне объяснили, какое лечение требуется для аугментации костной ткани, включая ожидаемые результаты и возможные альтернативные методы лечения при конкретных обстоятельствах. Перед выбором данного метода лечения были рассмотрены альтернативные методы лечения.

Мне объяснили, что курение, нелеченные заболевания десен и сахарный диабет значительно увеличивают риск неудачной трансплантации. Мне объяснили о важности бросить курить до и после лечения, вылечить заболевание десен и контролировать сахарный диабет.

Мне также объяснили, что хирургическое лечение в комбинации с приемом медикаментов, используемых для лечения заболеваний костей, таких как остеопороз, метастазы, множественная миелома, и особенно в сочетании со стероидной терапией, курением и диабетом, увеличивают риск развития хронического воспаления до некроза челюстной кости.

Мне рассказали о побочных эффектах от основного лечения, включающих в себя: значительную отечность, возникновение болевого синдрома, подкожное кровоизлияние в области лица и шеи, временное ограничение открывания рта.

Кроме того, мне рассказали о возможных осложнениях от основной операции, включающих в себя: развитие инфекционного процесса, которое может потребовать проведение дополнительного хирургического лечения и полного или частичного удаления костного трансплантa(-ов) и / или имплантата(-ов), развитие обильного кровотечения, требующего дополнительного лечения, повреждение соседних зубов, повреждение лицевых нервов, приводящее к временной или постоянной потере сенсорной чувствительности. Через несколько месяцев после операции, как правило, можно устанавливать зубные имплантаты хирургическим методом. Поскольку заранее невозможно спрогнозировать объем кости, который останется доступным для установки дентальных имплантатов, может потребоваться проведение повторной аугментации.

Мне объяснили и я понял(-а) важность проведения лечения в одном месте и в сотрудничестве с врачом-трансплантологом и врачом-реабилитологом. Мне понятна важность предоставления точной информации о состоянии здоровья и выполнения любых инструкций, которые я получаю от лечащего врача / медицинского работника, включая контроль за гигиеной полости рта и регулярное проведение осмотров в установленные сроки.

Я даю согласие на выполнение основного лечения.

Также я даю свое согласие на проведение лечения под местной анестезией после того, как я получу объяснения о рисках и возможных осложнениях от анестезии, включая нарушение
чувствительности губ и/или языка, и/или подбородка, и/или лица, подкожное кровоизлияние, отечность и ограничение открывания рта.

Если будет принято решение о проведении основного лечения под общей анестезией или внутривенным наркозом, объяснения по анестезии мне предоставит врач-анестезиолог.

_____

дата подпись пациента

_____

имя опекуна подпись опекуна

(если пациент является недееспособным, несовершеннолетним или душевнобольным)

Я подтверждаю, что я устно объяснил пациенту / опекуну пациента*/переводчику на доступном ему/ей языке, рассказал все детально и пациент подписал в моем присутствии бланк информированного согласия, после того как он подтвердил, что он понял предоставленные ему пояснения.

Имя переводчика / степень родства с пациентом: _____

_____

имя врача подпись врача № лицензии

04.11.2020