Бланк информированного согласия на хирургическое лечение с использованием дентальных имплантатов

Inseration Of Dental Implants

Дентальные имплантаты используются в качестве основы для реконструкции полости рта при наличии дефекта одного или нескольких зубов. Установка имплантата осуществляется хирургическим путем под местной анестезией.

Имя пациента: _____

фамилия имя имя отца удостоверение личности

Я подтверждаю получение подробных устных пояснений от доктора: _____

фамилия имя

о лечении с использованием дентальных имплантатов на верхней и/или нижней челюсти. Детализировать (тип, месторасположение и количество)_____

_____ (далее – «основное лечение»).

Мне объяснили, какое лечение требуется для установки имплантата, 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, временное ограничение открывания рта.

Кроме того, мне рассказали о возможных осложнениях от основной операции, включающих в себя: развитие инфекционного процесса, повреждение лицевых нервов во время трансплантации, приводящее к временной или постоянной потере сенсорной чувствительности, возможное поражение гайморовой (максиллярной) пазухи при лечении верхней челюсти, что потребует дополнительного лечения.

Мне объяснили, что метод и длительность заживления костной ткани и десен после имплантации индивидуальны, заранее не могут быть спрогнозированы и могут продолжаться около двух недель.

Мне рассказали о вероятности отторжения имплантата и я понимаю, что в случае неприживления и отторжения имплантат потребуется удалить и/или провести корректирующее лечение.

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