

Бланк информированного согласия на аугментацию дна верхнечелюстной пазухи Maxillary Sinus Bone Augmentation

Цель операции – нарастить костную ткань в полости верхнечелюстной пазухи для последующей установки зубных имплантатов во время аугментации костной ткани или после нее хирургическим вмешательством. Мне объяснили, что постоянная рестаурация с имплантатами возможна только после полной приживаемости имплантатов.

Имя пациента: _____
фамилия имя имя отца удостоверение личности

Я подтверждаю получение подробных устных пояснений от доктора: _____
фамилия имя собственное

об аугментации костной ткани / замене костной ткани с/без дентальных имплантатов на верхней челюсти*. (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 во время операции может оказаться, что костный трансплантат не может быть установлен.**

Поскольку заранее невозможно спрогнозировать объем кости, который останется доступным для установки дентальных имплантатов, может потребоваться проведение повторной аугментации с целью установки имплантатов.

Мне объяснили о важности бросить курить до и после лечения, вылечить заболевание десен и контролировать сахарный диабет.

Мне объяснили, что курение, нелеченные заболевания десен и сахарный диабет значительно увеличивают риск неудачной трансплантации. 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, подкожное кровоизлияние в области лица и шеи, временное ограничение открывания рта. Значительную отечность в области глазницы со стороны проведения хирургического вмешательства, развитие назального кровотечения со стороны проведения хирургического вмешательства. Кроме того, мне рассказали о рисках и осложнениях первичного лечения, включая: развитие инфекционного процесса, которое может потребовать проведение дополнительного хирургического лечения и полного или частичного удаления костного трансплантата(-ов) и / или имплантата(-ов); возможность стеноза соединения ротовой полости с полостью пазухи, что потребует дополнительного хирургического лечения; развитие значительного кровотечения, которое может потребовать дополнительного лечения; повреждение корней соседних зубов; повреждение лицевых нервов, приводящее к временной или постоянной потере сенсорной чувствительности. Кроме того, в случае применения остеотом (молот и стамески) в редких случаях могут возникать головокружение и нарушение равновесия.

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