

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (протезирование с опорой на имплантаты)

Данное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства № 736 от 11.05.2023.

Я _____
(Ф.И.О. полностью)

при оказании мне стоматологических услуг в ООО «ДЕНТИК ФЭМИЛИ» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – ортопедическое лечение (протезирование) с опорой на имплантаты.

Ортопедическое лечение (протезирование) с опорой на имплантаты - процесс восстановления зубов с использованием имплантатов, на которые фиксируются несъемные ортопедические конструкции: **зубная коронка** (ортопедическая конструкция, покрывающая коронковую часть имплантата), **мостовидный протез** (ортопедическая конструкция, замещающая фрагмент зубного ряда).

Альтернативные варианты: использование съемных ортопедических конструкций, отказ от ортопедического лечения.

Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемом протезировании с опорой на имплантаты и его методе: ортопедические конструкции (коронки, мостовидные протезы) могут изготавливаться из различных материалов: металлические (нержавеющая сталь, сплавы золота, титановые, кобальтохромовые, серебрянопалладиевые сплавы); неметаллические (керамические и пластмассовые); комбинированные (облицованные): металлокерамические и металлопластмассовые. Конструкции являются постоянными, несъемными. В зависимости от типа ортопедической конструкции протезирование с опорой на имплантаты может включать в себя: проведение рентгенологических исследований, местной анестезии, установку трансфера в зубной имплантат, снятие оттисков (слепков), определение особенностей прикуса, создание шаблонов, моделей, выбор цвета материала, изготовление, неоднократную примерку, установку (фиксацию) ортопедических конструкций в полости рта, неоднократную коррекцию и динамическое наблюдение лечащим врачом. Ортопедические конструкции могут иметь цементную или винтовую фиксацию (отверстия над винтами могут быть запломбированы). Мне разъяснено и понятно, что для предотвращения заболеваний пародонта, височно-нижнечелюстного сустава, сколов керамики, переломов протеза и многих других осложнений необходимо точное определение правильного контакта зубов-антагонистов при всех движениях нижней челюсти. Для этого бывает необходима взаимная шлифовка верхних и нижних зубов, как своих, так и искусственных. В случае сильных зубочелюстных деформаций возможна настолько сильная шлифовка зубов-антагонистов, что это может быть показанием к депульпированию этих зубов и покрытию их коронками. Я подтверждаю, что со мной согласован выбор ортопедической конструкции, метод протезирования, используемые материалы, я понимаю необходимость соблюдения последовательности и сроков лечения. Продолжительность лечения, необходимость коррекции определяются лечащим врачом индивидуально по медицинским показаниям.

Цель протезирования с опорой на имплантаты: восстановление анатомической целостности зубных рядов и окклюзии; создание условий для адекватного распределения нагрузки на окружающую имплантаты костную ткань; создание условий для физиологической регенерации костной ткани; улучшение функции жевания, речи; исправление анатомии лица (эстетическая цель).

Основными последствиями отказа от протезирования с опорой на имплантаты могут быть: прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; ухудшение функции жевания, речи; изменение формы лица, ухудшение эстетики; развитие заболевания десен; атрофия костной ткани и десен; изменение прикуса, увеличение нагрузки на другие зубы; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология, появление либо нарастание болевых ощущений; развитие инфекционных осложнений.

Я осознаю и мне разъяснено, что во время ортопедического лечения могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. Я согласен (согласна) на то, что вид и тактика медицинского вмешательства может быть изменена врачом по его усмотрению с целью обеспечения максимальной защиты организма во время медицинского вмешательства.

Возможные риски и осложнения: при получении оттисков – рвотный, кашлевой рефлекс, ощущение нехватки воздуха, попадание массы в дыхательные пути, пищевод, экстракция зубов с патологической подвижностью, расцементировка старых конструкций; во время или после лечения: ощущение дискомфорта, боль, отечность, кровоточивость, травма десен, отечность лица, индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение

языка, губ, чувство жжения, повышенная чувствительность зубов после шлифовки, изменение внешнего вида лица и улыбки, развитие воспалительного процесса; скол, трещины облицовочного материала, постепенное ослабление фиксации ортопедических конструкций, их деформация, перелом с попаданием элементов в желудочно-кишечный тракт и дыхательные пути, изменение цвета; могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к ортопедическим конструкциям, чувства тошноты, нарушения функций глотания, жевания и речи; при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и предотвратить, и которые не зависят в полной мере от квалификации, действий (бездействий) медицинского персонала. Я понимаю, что возникновение указанных осложнений, таким образом, не являются следствием некачественно оказанной мне услуги (дефектом медицинской услуги).

Я уведомлен(а), что наличие индивидуальных особенностей организма, не позволяющих пациенту полностью адаптироваться к качественно изготовленным ортопедическим конструкциям, появление симптомов гальванизма, аллергии не являются гарантийными случаями, поскольку подобные осложнения предсказать до начала лечения невозможно, и они не являются следствием некачественно оказанной медицинской помощи. В этом случае замена ортопедических конструкций осуществляется платно.

Предполагаемые результаты: восстановление анатомической и эстетической целостности зубных рядов, основной функции зубочелюстной системы (пережевывание пищи). Я понимаю, что протезирование является вмешательством в биологический организм и как любое медицинское вмешательство не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции либо переделки ортопедических конструкций. Я уведомлен(а), что ортопедические конструкции имеют эстетические и функциональные конструктивные особенности использования: ретенция (застывание) пищи, ощущение неудобства при пользовании протезом (отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций и чувствительности к сжатию зубов). Мне понятно, что результат протезирования может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные ортопедические конструкции эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций в ротовой полости, особенно при различном освещении, что не является следствием некачественно оказанной медицинской помощи, а обусловлено особенностями используемых материалов.

Меня уведомили о рекомендациях по эксплуатации ортопедических конструкций, по уходу за полостью рта, отказу от вредных привычек, изменению режима и характера питания, необходимости регулярно приходить на контрольные осмотры и профессиональную гигиену полости рта не реже 1 раз в 6 месяцев.

Я проинформировал(а) врача обо всех сведениях, которые могут каким-либо образом повлиять на процесс и результат лечения, в т.ч. о наличии заболеваний (в т.ч. перенесенных), лечении в других медицинских организациях, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, обо всех случаях аллергии на лекарственные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время, сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических, токсических и психотропных средств. Я обязуюсь незамедлительно сообщать врачу обо всех изменениях моего (представляемого) здоровья.

Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора протезирования с опорой на имплантаты, я имел(а) возможность полностью обсудить с врачом предстоящее медицинское вмешательство.

Также я информирован(а) о возможности получения бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских организациях. Я информирован(а), что ООО «ДЕНТИК ФЭМИЛИ» НЕ участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) с положениями статей 29–32 Закона № 2300-1 "О защите прав потребителей", в том числе с правом на отказ от исполнения договора, правом на уменьшение цены при обнаружении недостатков,

правом на составление твердой сметы по моему требованию. Понимаю, что могу получить аналогичную медицинскую помощь бесплатно в рамках программы ОМС, о чем проинформирован(а) отдельно.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мною прочитаны, разъяснены мне медицинским работником и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство – протезирование с опорой на имплантаты на описанных выше условиях и обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Я уведомлен(а) о том, что может потребоваться несколько посещений в зависимости от клинического случая. Я согласен (согласна), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем информированном добровольном согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной. Получения от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача во время прохождения лечения не требуется.

Согласен на протезирование с опорой на имплантаты:

(указать номер(а) зуба(ов))

Пациент:

(Фамилия, инициалы пациента)

(подпись)

Врач:

(Фамилия, инициалы врача)

(подпись)

Дата оформления:
