

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО
НА ПРОВЕДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (ОТКРЫТЫЙ СИНУС-
ЛИФТИНГ, ЗАКРЫТЫЙ СИНУС-ЛИФТИНГ)**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, {{пациент.фио_полное}}, {{пациент.дата_рождения_год}}

(ФИО полностью), года рождения
проживающий (ая) по адресу: {{пациент.адрес}}
{% if пациент.представитель_имеется %}

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан

Я, {{пациент.представитель_фио}}

Паспорт: {{пациент.представитель_документ_номер}} выдан {{пациент.представитель_документ_выдал}}
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного
недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:

{{пациент.фио_полное}}, {{пациент.дата_рождения_год}}

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

{% else %} {% endif %}

Соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог

{{визит_на_прием.специалист.специализация}} {{визит_на_прием.специалист.фио_полное}} (далее по тексту - врач).
(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники.

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Мне разъяснено, что **синус-лифтинг** – это один из видов костнопластических операций, проводимых в области боковых зубов верхней челюсти перед или совместно с имплантацией. Главная задача манипуляции - восстановление нужного объема кости и создание условий для установки дентального имплантата. Данная операция проводится в области боковых зубов верхней челюсти, так как эти зубы граничат с анатомическим образованием, называемым верхнечелюстным синусом, или гайморовой пазухой.

Я информирован(а), что альтернативными методами лечения являются: отказ от имплантационного метода протезирования зубов верхней челюсти в пользу традиционного съемного и несъемного протезирования; использование принципиально иных видов имплантатов, не требующих операции синус-лифтинга, таких как внутрикостно-поднадкостничные, внутризубно-внутрикостные, внутрислизистые, субмукозные (подслизистые), поднадкостничные (субпериостальные); отсутствие лечения вообще.

Мне разъяснены показания к синус-лифтингу:

- атрофия кости из-за недостаточной нагрузки. Необходимость в операции чаще всего возникает в случае атрофии кости. Если зуб был утрачен – кость перестает испытывать жевательную нагрузку и постепенно убывает. Атрофия может наблюдаться и в случае скученности зубов, когда жевательная нагрузка распределяется неравномерно;
- возрастные изменения костной ткани. Иногда кость может оказаться слишком тонкой для крепления импланта из-за возрастной атрофии кости – с возрастом объем гайморовых пазух увеличивается, а кость истончается;
- особенности строения гайморовых пазух. В некоторых случаях синус-лифтинг проводится из-за некоторых физиологических особенностей строения верхней челюсти и гайморовых пазух – например, низкого расположения дна гайморовой пазухи.

Мне разъяснены абсолютные противопоказания к синус-лифтингу:

- декомпенсированные заболевания сердечно сосудистой системы;
- патология иммунной системы (красная волчанка, полимиозит, тяжелые инфекции, гипоплазия тимуса и парацитоидных желез);
- заболевания костной системы, снижающие репарацию кости (остеопороз, врожденная остеопатия, остеонекроз, дисплазии);
- заболевания эндокринной системы (гипофиз, патология надпочечников, тяжелые формы гипер- и гипотиреоза, гипер- и гипопаратиреоза, сахарный диабет);
- болезни крови (лейкозы, талассемия, лимфогранулематоз, гемолитические анемии);
- заболевания центральной и периферической нервной системы (шизофрения, паранойя, слабоумие, психозы, невроты, алкоголизм и наркомания);
- злокачественные опухоли;
- туберкулез;
- ВИЧ и венерические заболевания.
- беременность.

Мне разъяснены относительные противопоказания к синус-лифтингу:

- неудовлетворительная гигиена полости рта;
- предраковые заболевания полости рта;
- прохождение пациентом курса химио- или радиотерапии;
- курение;
- занятия экстремальными и травматичными видами спорта;
- наличие в анамнезе хирургических вмешательств в области синуса;
- множественные перегородки пазухи;
- наличие кист в области верхнечелюстных синусов или других патологических образований в области предполагаемой операции или в месте установки имплантатов;
- слишком малое количество костной ткани между слизистой оболочкой полости рта и пазухой, что препятствует ее поднятию;

- гайморит или другие хронические ЛОР заболевания.

Мне подробно разъяснены этапы синус-лифтинга:

- консультация и диагностика. Проверка состояния ротовой полости, анализ крови, проведение рентгенографии или компьютерной томографии для оценки состояния костной ткани и строения гайморовых пазух.
- анестезия. Синус-лифтинг под общим наркозом проводится редко. Как правило, достаточно применения местной анестезии.
- хирургический этап. Протокол и нюансы операции различаются в зависимости от вида операции.

Я информирован(а) что существуют два основных вида синус-лифтинга при имплантации зубов: закрытый и открытый.

Мне разъяснены этапы операции закрытого синус-лифтинга:

С помощью сверла врач делает отверстие, которое станет ложем для будущего имплантата. Через сформированный доступ врач добирается до пазухи, дно которой отодвигается специальным инструментом. В образовавшуюся полость закладывается костный материал.

Мне разъяснены этапы операции открытого синус-лифтинга:

Специальным бором или пьезохирургическим аппаратом высверливается отверстие (так называемое боковое окно) в проекции верхнечелюстной пазухи. Слизистая дна пазухи отодвигается, между слизистой и образовавшейся полостью укладывается коллагеновая мембрана. Оставшееся пространство заполняется костнопластическим материалом. Зона вмешательства закрывается мягкими тканями, накладываются швы.

После операции открытого синус-лифтинга на приживание костного материала требуется длительный срок - в среднем от 90 до 120 дней.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

- нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует отказаться от продолжения и выполнения данной операции;
- инфицирование и, как следствие, воспалительный процесс в области пазухи (в частности, синусит);
- проталкивание имплантата в верхнечелюстную пазуху;
- к послеоперационным осложнениям данных вмешательств относятся: болезненность, кровоточивость из раны в полости рта и из носа, временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и нёба в области вмешательства, утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, отторжение или подвижность установленного имплантата, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении первое время возможны болезненные ощущения, отеки, гематомы (синяки).

Мне разъяснены следующие рекомендации после синус-лифтинга:

- своевременный приём назначенных врачом медикаментов, в особенности антибиотиков и противоаллергенных препаратов;
- соблюдение определенного режима питания (только мягкая и теплая пища в первые недели до снятия швов, употреблять пищу на здоровой стороне, чтобы избежать лишней нагрузки);
- до снятия швов - исключение физических нагрузок, затем до месяца только легкие нагрузки;
- по возможности исключение авиаперелетов;
- для избежание отеков после синус-лифтинга - исключение посещения бассейна и саун;
- не создавать лишнее напряжение в носовой полости.

Мне разъяснено, что при операции возможны аллергические реакции на медикаментозные препараты, используемые при проведении анестезии, возможны воспалительные процессы в десне и кости, повреждение зубов, пенетрация верхнечелюстной пазухи, онемение кожи губ и подбородка, не связанные с нарушением технологии операции. Мне разъяснено, что в случае возникновения данных осложнений для устранения этих нежелательных проявлений может потребоваться дополнительное лечение, которое я согласен(сна) оплатить по прейскуранту Клиники.

Я проинформирован(а) врача обо всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время. Я предупрежден(а) о том, что должен(жна) незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего (представляемого) здоровья.

Я информирован(а), что в процессе оперативного вмешательства, может возникнуть необходимость изменения или отклонения от планируемого плана оказания медицинской помощи, что диктуется возникшей клинической необходимостью.

Мне разъяснено, что результат операции синус-лифтинга не может быть гарантирован, костный материал после операции может отторгаться, что связано с особенностями моего (представляемого) организма. Эти особенности нельзя предусмотреть заранее, и они не связаны с проводимым лечением. В этом случае я не буду иметь материальных претензий к Клинике и требовать возврата средств за проведенное лечение.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*):

{{пациент.фио_полное}}, {{пациент.номер_телефона}}

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

{{пациент.фио_полное}}, {{пациент.номер_телефона}}

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ {{пациент.представитель_фио}} {{пациент.фио_полное}} {{пациент.номер_телефона}}

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ {{визит_на_прием.специалист.фио_полное}}

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

Я подтверждаю, что:

Мне разъяснили, и я понимаю всю суть и серьезность хирургического вмешательства.

Я информирован(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я понимаю и принимаю то, что положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я даю свое согласие на фотографирование (без лица) зубных рядов при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

{{пациент.представитель_фио}} {{пациент.фио_полное}} _____
(Ф.И.О. пациента, представителя) (подпись)

{{визит_на_прием.специалист.фио_полное}} _____
(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

{{документ.текущая_дата_дд_мм_ггг}} (дата оформления)