ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ КОСТНОЙ ТКАНИ (КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ)

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20
Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, (ФИО)_____ года рождения, проинформирован(а) врачом-стоматологом _____ **ООО «Зеленое яблоко»** о состоянии моих зубов и полости рта и необходимости проведения мнеоперации по восстановлению костной ткани (костной пластики).

Мне разъяснено и понятно, что костная пластика – этостоматологический метод восстановления костной массы челюсти (ширины и высоты костной ткани). Методика является инновационной и проводится перед установкой зубных имплантатов, когда собственного объема костей челюсти пациента недостаточно для надежной фиксации протезов.

Суть костной пластики заключается в том, что врач размещает остеопластический материал в области дефекта вокруг
имплантированного штифта и покрывает область рассасывающейся коллагеновой мембраной. Затем имплант несколько месяцев приживается параллельно с увеличением объема собственной кости.

Показаниями к костной пластике являются следующие:

- атрофия костной ткани в результате отсутствия родной единицы в течение долгого времени;
- реконструкция челюсти после серьезных травм, переломов, смещений с целью восстановления жевательной функции и эстетического вида;
- разрушение структуры твердой ткани в процессе развития пародонтоза;
- поддержание качества и формы лунки после удаления зуба, сохранение первоначального объема для последующей установки импланта;
- восстановление объема после длительного ношения съемных протезов;
- рассасывание кости и формирование тонкого острого гребня на фоне заболеваний полости рта.

Также мне разъяснено, что зачастую для большей успешности данного оперативного вмешательства могут потребоваться дополнительные медицинские манипуляции, такие как: предварительный забор небольшого количества крови для изготовления «тромбоцитарной массы»; забор собственной костной ткани для измельчения и смешивания с костеобразующими материалами.

Отрицательных последствий отказа от костной пластики быть не может, так как зубная имплантация всего лишь один из методов восстановления отсутствующих зубов.

Альтернативными методами лечения являются: отказ от имплантационного метода протезирования зубов в пользу традиционного съемного и несъемного протезирования; использование принципиально иных видов имплантатов, не требующих костной пластики, таких как внутрикостно-поднадкостничные, внутризубно-внутрикостные, внутрислизистые, субмукозные (подслизистые), поднадкостничные (субпериостальные); отсутствие лечения вообще.

Мне были разъяснены и мною поняты следующие возможные противопоказания к проведению костной пластики:

Абсолютные противопоказания: декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы; патология иммунной системы (красная волчанка, полимиозит, тяжелые инфекции, гипоплазия тимуса и паращитовидных 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, неврозы, алкоголизм и наркомания); злокачественные опухоли; туберкулез; ВИЧ и венерические заболевания, беременность.

Относительные противопоказания: неудовлетворительная гигиена полости рта; предраковые заболевания полости рта; прохождение пациентом курса химио- или радиотерапии; курение; занятие 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.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: инфицирование и, как следствие, воспалительный процесс в области вмешательства, расхождение краев раны, обнажение мембраны и выход костного блока, смещение, отрыв или отторжение трансплантата; к послеоперационным осложнениям данных вмешательств относятся: болезненность, отеки, кровоточивость из раны в полости рта и из носа, временное или постоянное онемение дёсен, зубов 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, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

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

Я информирован(а), что хотя костная пластика имеет высокий процент клинического успеха и поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что операция по восстановлению костной ткани является вмешательством в организм и, как любая медицинская манипуляция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов имплантации.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после операции по восстановлению костной пластики являются болевые ощущения в области вмешательства и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо обратиться в клинику ООО «Зеленое яблоко» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений. **Также я**

предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с данным медицинским вмешательством и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Я ознакомлен(а) с распорядком дня, нормами и правилами поведения, правилами оказания медицинских услуг и **обязуюсь** соблюдать их.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я даю согласие на осуществление данного вида медицинского вмешательства.

Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.

Подпись пациента_____/_____

(ФИО полностью и разборчиво, подпись)

«_____»_____20___г.

Подпись врача _____/_____

(ФИО полностью и разборчиво, подпись)

«_____»_____20___г.