**ООО «Амур Имплант»**

**Стоматологическая клиника «Амур Имплант» строго руководствуется Основами законодательства об охране здоровья граждан РФ (ст.31 ) :**

 ***«Каждый гражданин имеет право в доступном для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличия заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения».***

**Информированное согласие на дентальную имплантацию**

Я был(а) информирован(а) о цели и сущности хирургической процедуры имплантации.

Я понимаю, что необходимо для осуществления размещения импланта в кости под десной. Мой врач тщательно обследовал мое состояние полости рта. Альтернативы этому виду лечения мне были объяснены. Я проанализировал(а) эти методы, но предпочитаю имплантацию для надежного замещения отсутствующего зуба(зубов).

Я информирован(а) о том, что для оптимального размещения имплантата в челюстной кости в 60-100% случаях, в зависимости от локализации костного дефекта, необходимо проводить подсадку костной ткани или костно-замещающих препаратов. Забор костной ткани может быть проведен во внутриротовых или внеротовых областях. Остеоинтеграция подсаженной костной ткани составляет от 3 до 9 месяцев.

Я информирован(а) о том, что костная ткань в донорской области через несколько месяцев восстанавливается полностью без наступления необратимых последствий для анатомии и функции донорских участков. Меня поставили в известность что после операции необходимо ограничить физическую и функциональную нагрузку донорских областей в течении первого месяца после операции. Я не возражаю против проведения забора костной ткани из внеротовой или внутриротовой донорской области.

Мне сообщено о возможных осложнениях: боль, покраснение, отек, временное изменение цвета зубов и языка, изменение вкусовой чувствительности.

Редкими, но возможными осложнениями являются такие осложнения как: инфекция послеоперационной области, подкожные кровоизлияния, повышение температуры, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность такого состояния не предсказуема и может быть необратима. Так же возможны воспаление вены (флебит), повреждение имеющихся зубов, переломов кости, нарушение целостности синуса (гайморовой пазухи), отсроченное заживление, аллергические реакции к лекарственным препаратам и медикаментам.

Я понимаю, что если ничего не предпринимать (не замещать потерянные зубы, в частности с помощью имплантатов), то может произойти потеря кости челюстей, ухудшение условий для фиксации протезов, воспаление десен, подвижность зубов, смещение имеющихся зубов, возможно, даже приводящие к удалению зубов. Также возможны нарушения в височно-нижнечелюстном суставе, боли в области шеи, головы, лицевых и жевательных мышц, утомляемость их при жевании.

Мой врач мне объяснил, что не существует метода точно предсказывающего возможности заживления кости и десны у каждого пациента после имплантации.

Я понимаю, что избыточное курение, потребление алкоголя, сахара, могут отразиться на заживление десен и успешности имплантации.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья. Я так же сообщил(а) все случаи аллергических или необычных реакций на лекарственные препараты, пищевые продукты, пыльцу, укусы насекомых, анестетики, пыль. Я сообщил(а)об имеющихся у меня болезнях крови, внутренних органов, кожных и инфекционных болезнях, заболеваниях слизистых, нарушениях свертываемости крови и других состояниях, относящихся к моему здоровья.

Я согласен(а) на проведение рентгенологических исследований, фотографирование, снятие на видеопленку и другие процедуры, сопряженные с дентальной имплантацией при условиях соблюдения анонимности.

Я полностью понимаю, что в процессе осуществления разработанного плана лечения и проведение хирургических вмешательств, местные анатомо-физиологические условия могут быть отличными от предполагавших ранее, и по усмотрению врача может быть проведено дополнительное или альтернативное лечение. Я так же одобряю любые модификации в плане лечения, применяемых материалов, или послеоперационном уходе, если они направлены для лучшего удовлетворения моих интересов.

Я информирован(а) о том, что не реже одного раза в 6 месяцев мне необходимо пройти контрольный осмотр у врача- стоматолога и пройти гигиенические процедуры у гигиениста. А также, что я обязан(а) поддерживать хороший уровень гигиены полости рта и отказаться от злоупотребления курением, следовать рекомендациям врача.

Я извещен(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.д.)

Я извещен(а), что несоблюдение рекомендации врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависит не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Мне разъяснены последствия в случае моего отказа от медицинского вмешательства.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания. Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях заполнена мною лично и содержащая в ней информация достоверна.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Подпись пациента:

Подпись врача : Кустов Виталий Викторович

Дата: 2017