

**МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР
ТОВ «МЕРЕЖА ЕСТЕТИЧНИХ КЛІНІК
«АКУЛА»»**

Медична карта №

Інформована згода на проведення дентальної імплантації

Я, фізична особа, яка беззастережно прийняла (акцептувала) умови, викладені в цьому договорі, цим підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення **хірургічного етапу (операції) дентальної імплантації та можливих суміжних процедур з метою заміщення дефектів зубних рядів.**

Діагноз (заповнюється лікарем): _____

Операцію буде проводити **лікар-стоматолог-хірург** _____

У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікаря, який буде проводити втручання.

Своїм підписом я підтверджую, що до початку лікування мені у повністю зрозумілому та доступному вигляді була надана інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, найбільш ефективних для мене методів лікування, а також ризиків і ускладнень запланованих медичних втручань.

Я повністю зрозумів (ла) мету та характер медичних втручань, їх лікувальний та естетичний ефект. Я мав (ла) можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні, зрозумілі для мене відповіді.

Лікар пояснив мені суть лікування та повідомив про наступне:

- 1. Імплантація** – це складний, ризикований і тривалий вид втручання, який включає хірургічну операцію з встановлення спеціальних конструкцій в кісткову тканину – імплантатів, а також наступне протезування.
- 2. Імплантат** - це металічний (титановий) штифт - штучний аналог кореню зуба, який встановлюється (імплантується) у кісткову тканину щелепи на місце видаленого (втраченого) зуба. Надясенева частина імплантату служить опорою для ортопедичних протезів (металокерамічних коронок).
- 3. Операція з встановлення імплантату** проводиться у два етапи:
 - 1-й етап: встановлення внутрішньокісткової частини імплантату;
 - 2-й етап (приблизно через 3-6 місяців): встановлення формувача ясни, а потім опорного елемента.
- 4. Імплантація** – операція менш травматична, ніж видалення зуба. Під час операції, яка проводиться з обов'язковим обезболюванням, у пацієнтів майже немає неприємних відчуттів.
- 5. Строк служби імплантату** залежить від здоров'я пацієнта і якості щелепної кістки, що оточує імплантат, і не може бути абсолютно прогнозованим.
- 6. В окремих випадках (2%) імплантати не приживаються і потребують реімплантації** (заміна імплантату на інший) або видалення імплантату. Реімплантація не потребує додаткової оплати з боку пацієнта (за винятком витрат на проведення анестезіологічного забезпечення). Усі витрати, пов'язані з придбанням нового імплантату та забезпеченням повторного проведення хірургічного втручання, несе Центр. У випадку втрати імплантату залишається можливість повторної імплантації або традиційного протезування.
- 7. Існують можливі труднощі в досягненні естетики в пришийковій ділянці зубних протезів, які фіксуються на імплантатах, через невідповідність розташування, розмірів та кількості імплантатів втраченим зубам.**
- 8. Основними перевагами імплантації** перед звичайними методами протезування є:
 - можливість збереження непошкодженими зубів, що обмежують дефект зубного ряду, а також досягнення адекватного функціонального навантаження і попередження перевантаження цих зубів;
 - можливість призупинити або стабілізувати процес атрофії (зменшення об'єму) кісткової тканини;
 - при необхідності зовнішня (коронкова) частина імплантату може бути замінена.
- 9. Недоліки імплантації:**
 - необхідність хірургічного втручання;
 - довготривале та складне лікування;
 - можливі серйозні ускладнення;
 - важко прогнозовані та віддалені результат лікування та естетичний ефект.
- 10. Можливими ускладненнями імплантації є:**
 - остеомієліти (запальні процеси у кісній тканині);
 - атрофію (патологічне зменшення) кісткової тканини;

- некрози (омертвіння) кістки;
- пенетрація (пошкодження, прорив) верхньощелепної пазухи та нижньощелепного каналу;
- виникнення патології скронево-нижньощелепного суглобу, та, як наслідок, головний біль із віддачею в шию та м'язи обличчя;
- збільшення рухомості зубів, що може призвести до необхідності їх видалення.
- запалення ясен;
- втомлюваність жувальних м'язів;
- можливі набряки, зміна кольору слизової оболонки на операційній ділянці, оніміння губи, язика, підборіддя, щоки та зубів, відстрочене загоєння, алергічні реакції на використані ліки та інше.

Лікар пояснив мені альтернативні способи лікування, але я **віддаю перевагу саме імплантації.**

Зі мною узгоджені:

1. Індивідуальний рекомендований план лікування та підготовка до нього. Мене також повідомлено про можливість уточнення діагнозу та плану лікування в процесі лікування.
2. Методи та матеріали, що будуть використовуватися в процесі лікування. Я погоджуюся з тим, що технології хірургічного лікування можуть коригуватися в залежності від ситуації, що склалася в процесі його проведення, про що лікар повідомить мене додатково. Я дозволяю здійснювати компромісні зміни матеріалів, якщо вони будуть зроблені для мого власного блага.
3. Мене попереджено, що строки лікування можуть змінюватися і не можуть бути точно визначені заздалегідь.
4. Вартість окремих етапів та лікування в цілому. Я розумію, що під час та після лікування стан здоров'я може змінюватися, тому, за розсудом лікаря, для досягнення сприятливого результату може бути призначена додаткова чи альтернативна терапія. Про зміни вартості лікування лікар повідомить мене додатково.

Я повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:

1. Хірургічне лікування є втручанням в біологічну систему організму, в якому всі процеси протікають індивідуально, та, як будь-яка медична операція, не може мати стовідсоткової гарантії на успіх, навіть при ідеальному виконанні всіх етапів. Мені не можуть бути надані стовідсоткові гарантії щодо успішності результатів операції та приживлення імплантату.
2. Паління, вживання алкоголю, цукру можуть вплинути на процес приживлення імплантату та уповільнити процес лікування. Я погоджуюся дотримуватися рекомендацій лікаря з приводу догляду за ротовою порожниною. Я зобов'язуюся регулярно відвідувати лікаря та виконувати всі його приписи.
3. У випадку відторгнення імплантату на хірургічній стадії (до протезування) та відмови від реімплантації витрачені кошти на імплантацію мені не повертаються, а такий випадок відноситься до усвідомлених ризиків. У випадку відторгнення імплантату після проведення протезування гарантійні зобов'язання поширюються тільки на ортопедичну частину виконаних робіт.
4. Я погоджуюся на тип анестезії за вибором лікаря. Я проінформований (на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я надав (ла) лікарю всю відому мені інформацію щодо стану мого (моєї дитини) здоров'я, наявних захворювань відповідно до анкети пацієнта та повідомив (ла) про всі алергічні реакції на медичні препарати та анестетики, що мали місце.
5. У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час втручання я заздалегідь даю згоду на застосування всіх необхідних та можливих заходів з їх усунення.
6. Я зобов'язуюся не керувати автомобілем найближчі 24 години після операції до повного відновлення нормального самопочуття та закінчення дії лікарських препаратів.
7. Гарантійний строк на імплантати становить _____ років з моменту встановлення імплантату, а на проведене протезування – в залежності від виду протезу відповідно до гарантійних зобов'язань Центру, з дати здачі протезної конструкції, за умови дотримання всіх рекомендацій лікаря. У випадку відмови від протезування в Центрі або неявки після другого етапу імплантації строком більше одного місяця Центр не несе відповідальності за результати подальшого лікування.
8. Я зобов'язуюся один раз на шість місяців відвідувати Центр з метою з'ясування стану імплантату, протезної конструкції та проведення професійної гігієни. У випадку невиконання мною цих зобов'язань Центр звільняється від відповідальності за подальшу долю імплантатів і протезних конструкцій.

Я даю згоду на фотографування та/або відеозйомку обличчя та ротової порожнини до, під час та після лікування. Я розумію, що це необхідно для здійснення діагностично-лікувального процесу та контролю перебігу захворювання. Ці матеріали та медична карта є власністю Центру та можуть бути опубліковані в медичній літературі або продемонстровані для медичного навчання без ідентифікації особистості.

Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи Центру моїх персональних даних, у т.ч. щодо стану здоров'я, діагнозів, призначеного лікування, його перебігу.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.