

## Информированное добровольное согласие на операцию по удалению зубного имплантата

г. Москва

Дата Заключения Договора

Я, Фамилия Имя Отчество Пациента,

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания \_\_\_\_\_

и, в связи с этим(и) заболеванием(и), о необходимости **проведения операции по удалению зубного имплантата.**

**Я также предупрежден(а) о том, что в случае отказа от удаления зубного имплантата возможно возникновение следующих осложнений заболевания:** прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти; гнойное воспаление лица и шеи; острый сепсис, воспаление верхнечелюстных синусов и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма, летальный исход. Также отказ от удаления может привести к усложнению и даже невозможности будущего ортопедического и ортодонтического лечения зубов.

**Мне разъяснено и понятно, что операция по удалению зубного имплантата** заключается в удалении имплантата из челюстной кости при помощи специальных, адаптированных для разных имплантатов и разных ситуаций в полости рта инструментов. Зачастую врачу необходимо препарировать кость в области удаляемого имплантата и вокруг него для обеспечения доступа. В таких случаях для скорейшего восстановления целостности костной ткани врачом-стоматологом могут использоваться специальные костеобразующие материалы (Bio-OSS, Швейцария, Per Gen, США, и др.) и мембраны (НРТ Bio-Gite, НРТ Gore-Tex и др.), а также возможна пересадка собственной кости пациента как в «смеси» с костеобразующими материалами, так и без них. Также **мне разъяснено и понятно**, что для новой имплантации в области удаленного имплантата, в связи с большой убылью костной ткани, может снова понадобится костеобразующая операция, даже если таковая была проведена во время операции по удалению имплантата.

**Альтернативными методами лечения являются:** отсутствие лечения вообще.

**Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:** травма других зубов, появление или нарастание боли, кровотечение, осложнения воспалительного характера (альвеолит, остеомиелит и др), перфорация дна верхнечелюстной пазухи, проталкивание удаляемого имплантата в мягкие ткани и полости, перелом челюстных костей, вывих нижней челюсти, сильная деструкция участка кости в области удаляемого имплантата, которая, в свою очередь, может оказать отрицательное влияние на функциональную и косметическую ценность будущей ортопедической конструкции. Так же возможна травма нервов в области удаляемого имплантата и, как следствие, онемение участка кожи лица и губ, которое может сохраняться 3-6 месяцев и более, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

**Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 2-3 дня.**

**Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после удаления имплантата являются болевые ощущения в области удаленного зубного имплантата и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО**

**«ПРОФИСТОМ» 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 имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «ПРОФИСТОМ».**

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства**  
\_\_\_\_\_ (подпись)