

**Информированное добровольное согласие  
на проведение медицинского вмешательства  
(Открытый или закрытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация,  
костная аутопластика различными методиками.)**

Я проинформирован врачом-стоматологом, что мне показана операция по наращиванию костной ткани и получил(-ла) необходимые разъяснения по поводу диагноза и плана лечения.

1. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути лечения:

Мне планируется проведение операции по увеличению объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части). Я понимаю суть хирургического вмешательства и характер наиболее вероятных осложнений связанных с ним. Хирургия не является точной наукой, в настоящей форме не могут быть перечислены все осложнения, которые могут возникнуть при проведении данной процедуры. Кроме того, врач-стоматолог не может гарантировать 100% наращивание костной ткани в области операционного поля. Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции наращивания кости в области операционного поля, однако такая возможность существует не всегда.

2. Допустимость коррекции врачом-стоматологом намеченного плана лечения и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чём меня уведомит врач-стоматолог.

3. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения Я понимаю, что могут возникнуть возможные последствия на этапах и после лечения, а именно;

- После проведения операции - возможен дискомфорт, отёк, заложенность носа, а также болезненные ощущения, но эти симптомы, как правило, исчезают через 5-10 дней после операции. Полное исчезновение всех симптомов может произойти через 3 недели или больше.

- В процессе операции – кровотечение; натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием; нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует отказаться от продолжения и выполнения данной операции.

- Под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок.

- Возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), а именно: аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры.

К послеоперационным осложнениям данных хирургических вмешательств относятся:

- инфицирование раны в области операционного поля, болезненность, кровоточивость из раны в полости рта и из носа, гематома мягких тканей (синяки), 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, усугубление патологии ВНЧС при её наличии, необходимость в проведении дополнительной операции, другое.

4. Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до, и после операции:

- Принимать назначенные лекарства.
- Не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока определённого врачом.

- Не принимать алкоголь и наркотические средства.

- Соблюдать гигиену полости рта, а также являться на профилактический осмотр в сроки установленные врачом.

- Я предупреждён, что курение может осложнить заживление раны.

Врач-стоматолог мне разъяснил, что невыполнение рекомендаций и назначений, пропуски посещений (осмотров), плохая гигиена полости рта могут сказаться на окончательном результате лечения.

Я согласен(-на), что никто не может предсказать точный результат хирургического

вмешательства по причине уникальности каждого организма, возникновении непредвиденных заболеваний у пациента и исполнительности самого пациента, играющей определяющую роль в достижении и сохранении результата, при этом мне безусловно гарантировано:

- точность диагностики;
- работа по утвержденным протоколам
- применение костной ткани, соответствующей всем требованиям и стандартам, установленным в Республике Казахстан. Я понимаю, что:
  - в последующем для постановки точного диагноза и проведения дальнейшего эффективного лечения может потребоваться дополнительное обследование и рентгенологический контроль качества лечения; консультация врачей-стоматологов иного профиля; консультация врача общего медицинского профиля;
  - В дальнейшем, после успешного хирургического вмешательства, необходимо будет проводить операцию по установке имплантов и в дальнейшем протезирование на имплантах. Со мной будут оговорены вид, время и стоимость последующего лечения. Я осведомлен об ориентировочной стоимости предстоящего лечения.

Я подтверждаю, что в «Карте опроса больного перед дентальной имплантацией и хирургическими операциями» назвал (-а) известные мне болезни и недуги.

Я удостоверяю, что:

- мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении: о целях, методах оказания медицинской помощи, рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
- я согласен (-на) с названными мне условиями его проведения.