

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на проведение медицинского вмешательства (открытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методикам.)**

1. Я нижеподписавшийся (аяся), настоящим подтверждаю, что согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о состоянии моего здоровья, а именно о нижеследующем:

- 1.1. О наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания
- 1.2. О результатах лечения и обследований, проведённых до настоящего момента.
- 1.3. О прогнозе и методах дальнейшего лечения, о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств.
- 1.4. Обо всех возможных вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения.

1.5. О целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению мне видов и методов лечения. О режимах моего поведения до, и после лечения, об этапах лечения и о возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения, о действии применяемых медикаментов, об ожидаемых результатах по каждому возможному варианту медицинского вмешательства.

2. Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятна суть моего заболевания и опасности, связанные с развитием этого заболевания:

Добровольно в соответствии со ст. 20 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан даю своё согласие на проведение мне

---

*(наименование манипуляции, процедуры и др.)*

3. Я доверяю врачу стоматологу-хирургу провести хирургическую операцию. В исключительных случаях (болезнь врача) учреждение может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие.

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

**4.1 Суть операции.**

Мне планируется провести операцию увеличения объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части). Я понимаю суть 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, хирург не может гарантировать 100% наращивания костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части). Операции заключаются в проведении разреза и откидывании лоскута (десны), препарирования кости для осуществления доступа к полости пазухи отслаивании слизистой пазухи, введение биопластических материалов и их фиксация различными методами (остеокодукторы, остеоиндукторы или моя костная ткань), установки барьерной мембраны и ушивании раны. Увеличение объема костной ткани челюстей осуществляется путем пересадки собственной кости в виде блоков или стружки (крошки) с донорского участка на воспринимающий. Фиксация блоков производится специальными мини-винтами либо сетками. Для забора собственной костной ткани необходимы дополнительные разрезы в полости рта и забор костных блоков или стружки с нижней или верхней челюсти. Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции наращивания кости в области пазухи, однако такая возможность существует не всегда.

**4.2 Допустимость уточнения диагноза в процессе операции.**

**4.3 Индивидуальный рекомендованный план лечения.**

**4.4 Допустимость коррекции врачом намеченного плана и технологий операции и последующего лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чём меня уведомит врач.**

**4.5 Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана операции, или частичного его выполнения.**

**4.6 Возможные последствия на этапах и после лечения, а именно;**

- 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.
- В процессе операции – кровотечение; натяжение уголков рта, с последующим их раскрыванием; нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует отказаться от продолжения и выполнения данной операции.
- После операции данные вмешательства сопровождаются дискомфортом, отёком, заложенностью носа, а так же болезненностью, но эти симптомы исчезнут через 5-10 дней после операции. Полное исчезновение всех симптомов может произойти через 3 недели или больше.
- К послеоперационным осложнениям данных вмешательств относятся:  
инфицирование раны и верхнечелюстной пазухи, болезненность, кровоточивость из раны в полости рта и из носа, гематома мягких тканей (синяки), временное или постоянное онемение дёсен, зубов

