

**Інформована добровільна згода**  
**на проведення медичного стоматологічного втручання**  
**/хірургічне лікування - синус-ліфтинг, направлені кісткова регенерація,**  
**кісткова аутопластика /**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ року народження, цим документом підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення **хірургічного лікування** (синус-ліфтинг, направлені кісткова регенерація, кісткова аутопластика) в **Амбулаторії ГТОВ «УСМІШКА» ЛТД.**

Своїм власним підписом я підтверджую, що у повністю зрозумілому та доступному вигляді мені була надана інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, ризиків і ускладнень лікування, а також найбільш ефективних для мене методів лікування. Мені зрозуміло, що альтернативним методом лікування є відсутність самого лікування.

Мені була надана можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні та зрозумілі для мене відповіді. Після консультації я мав (-ла) достатньо часу і можливостей все обміркувати та порадитися з іншими особами (близькими та родичами, спеціалістами тощо). У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації і намірів лікарів та інших медичних працівників Медичного закладу, де я буду проходити стоматологічне лікування.

Я розумію, що метою лікування є виправлення атрофії щелепної кістки шляхом збільшення кісткової маси та поліпшення умов для встановлення зубних імплантатів. Мені пояснили, що планується проведення операції із збільшення об'єму кістки в області верхньощелепної пазухи або альвеолярного паростка.

Мені зрозуміло, що будь-які хірургічні втручання несуть в собі певні ризики, тому після проведеного лікування можуть виникнути наступні ускладнення:

- можливі наслідки прийому анальгетиків і антибіотиків (при їх призначенні), а саме: алергічні реакції, порушення складу кишкової мікрофлори та інші зазначені в інструкціях до відповідних лікарських засобів побічні дії;
- в процесі операції - кровотеча; натяг куточків рота, з подальшим їх розтріскуванням;
- після операції ці втручання супроводжуються дискомфортом, набряком, закладенням носа, а також больовим відчуттям, але ці симптоми зникнуть через 5-10 днів після операції. Повне зникнення всіх симптомів зазвичай настає через три тижні або більше.
- ризик відторгнення пересадженої кістки, який характерний для всіх видів остеопластики. При аутогенній трансплантації її ймовірність невелика, але вона підвищується при використанні донорських або штучних кісткових матеріалів;
- розвиток запальних процесів після операції - загальний ризик для будь-якого хірургічного втручання;
- зсув кісткового блоку при пластиці нижньої щелепи можливо, якщо пацієнт не виконував рекомендації лікаря в реабілітаційний період.
- пошкодження мембрани, що вистилає гайморову пазуху зсередини - це одне з можливих ускладнень операції відкритого синус-ліфтингу. Це ускладнення

може призвести до загострення верхньощелепного синусу, а також до інфікування області операції і погіршення приживлюваності трансплантата.

Я інформований (-на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я проінформував (-ла) лікуючого лікаря, про усі випадки алергії до медикаментозних препаратів у минулому, про алергічні прояви (їх відсутність) в цей час.

Я розумію необхідність рентгенологічного контролю якості лікування і зобов'язуюся приходити на контрольні огляди (за графіком, погодженим з лікарем і записами в медичній карті).

Я знаю та розумію, що практична стоматологія не є точною наукою і що не може бути 100% гарантії на результат лікування навіть при ідеальному виконанні всіх його клінічних і технологічних етапів. Розуміючи суть запропонованого лікування й унікальність власного організму, я згоден (-на) з тим, що ніхто не може передбачити точний результат запланованого лікування. Незважаючи на те, що таке хірургічне лікування має дуже високий відсоток клінічного успіху, воно також є втручанням в унікальну біологічну систему людини і тому результат не може бути гарантованим.

Я віддаю собі звіт, що можливі ускладнення після цього лікування, в разі їх настання, не є прогнозованою шкодою здоров'ю і усуваються належним чином в межах Медичного закладу або при показаннях в умовах стаціонару щелепо-лицевого відділення.

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

Цей документ є невід'ємною частиною медичної карти стоматологічного хворого.

Підпис пацієнта \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(підпис) (П.І.Б.)

Лікуючий лікар \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(підпис) (П.І.Б.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.