



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПЛАСТИКИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, (ФИО) _____ года рождения, проинформирован(а) врачом-стоматологом _____ ООО «Томур» (URING REGENERATION CLINIC) о состоянии моих зубов и полости рта и необходимости проведения мне операции по проведению пластики мягких тканей.

Мне разъяснено и понятно, что пластика мягких тканей полости рта – это хирургическая операция, необходимая при изменении объема и качества десны возле зубов или установленных имплантатов. Данная методика является важным компонентом имплантологической реабилитации, так как в том числе качественные мягкие ткани обеспечивают комфорт пациента и благоприятный прогноз лечения, как в функциональном, так и эстетическом плане.

Суть пластики мягких тканей полости рта заключается в следующем: перед проведением пластики мягких тканей пациенту проводится санация полости рта: профессиональная гигиена и, при необходимости, терапевтическое лечение. Оперативное поле обрабатывается антисептиком, после чего пациенту вводится местная анестезия. Рецессия (дефицит) устраняется посредством частичного изъятия ткани из области соседних зубов. Восстановление ткани десны проводится посредством лоскутной техники, которая состоит в изъятии части мягких тканей из расположенных рядом участков слизистой нёба, щеки или десны. Далее проводится фиксация выделенного лоскута. Завершается операция пластикой области, из которой производилась трансплантация.

Показаниями к костной пластике являются следующие: рецессия десен (обнажение шеек зубов); подгонка уровня десны при установке протезов и имплантатов, восстановление десны после перенесенного воспалительного заболевания (пародонтит и другие); наличие пародонтальных карманов; короткая уздечка губ или языка.

Отрицательные последствия отказа от пластики мягких тканей полости рта

- Острый болевой синдром при воздействии на зубы в области десневого края;
- Сильное воспаление десен или, наоборот, приобретение неестественно белого оттенка;
- Значительное ухудшение эстетики улыбки, удлинение зубов, образование щелей;
- Активное развитие кариеса, высокий риск клиновидных дефектов;
- Чрезмерное скопление зубного налета у основания зубов, формирование пародонтальных карманов;
- Распространение атрофических процессов на пародонт и костные ткани с последующей утратой зубов.

Альтернативными методами лечения являются: отказ от хирургического метода лечения в пользу лазерных технологий; отсутствие лечения вообще.

Мне были разъяснены и мною поняты следующие возможные противопоказания к проведению пластики мягких тканей полости рта:

Абсолютные противопоказания: декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы; патология иммунной системы (красная волчанка, полимиозит, тяжелые инфекции, гипоплазия тимуса и паразитовидных желез); заболевания костной системы, снижающие репарацию кости (остеопороз, врожденная остеопатия, остеонекроз, дисплазии); заболевания эндокринной системы (гипофиз, патология надпочечников, тяжелые формы гипер- и гипотиреоза, гипер- и гипопаратиреоза, сахарный диабет); болезни крови (лейкозы, талассемия, лимфогранулематоз, гемолитические анемии); заболевания центральной и периферической нервной системы (шизофрения, паранойя, слабоумие, психозы, неврозы, алкоголизм и наркомания); злокачественные опухоли; туберкулез; ВИЧ и венерические заболевания, беременность.

Относительные противопоказания: неудовлетворительная гигиена полости рта; предраковые заболевания полости рта; прохождение пациентом курса химио- или радиотерапии; курение; занятие экстремальными и травматичными видами спорта.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: инфицирование и, как следствие, воспалительный процесс в области вмешательства, болезненные ощущения первое время, отеки, гематомы (синяки).

Я информирован(а), что хотя пластика мягких тканей полости рта имеет высокий процент клинического успеха и поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что операция по пластике мягких тканей полости рта является вмешательством в организм и, как любая медицинская манипуляция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после операции по пластике мягких тканей полости рта являются болевые ощущения в области вмешательства и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо обратиться в клинику ООО «Томур» 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, в частности рекомендуется отказаться от продуктов, которые могут раздражать десну – горячая и острая пища; от курения.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с данным медицинским вмешательством и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Я ознакомлен(а) с распорядком дня, нормами и правилами поведения, правилами оказания медицинских услуг и **обязуюсь** соблюдать их.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я даю согласие на осуществление данного вида медицинского вмешательства.

Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.

Подпись пациента _____ / _____
(ФИО полностью и разборчиво, подпись)

« _____ » 20 ____ г.

Подпись врача _____ / _____
(ФИО полностью и разборчиво, подпись)

« _____ » 20 ____ г.

