

Приложение к договору 3.6

Информационное согласие на проведение операции наращивание кости в районе верхнечелюстной пазухи (синус-лифтинг).

Я был(а) проинформирован(а) и понимаю цель и суть процедуры. Врач рассказал мне, что хирургическое вмешательство состоит в произведении разреза и откидывании лоскута (мягких тканей); удалении кости для получения доступа к полости пазухи; отведении слизистой; установки барьерной мембраны (при необходимости); подсадки собственной и (или) искусственной кости и ушивания раны.

Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции наращивания кости в области пазухи, однако такая возможность бывает не всегда. При отсутствии достаточного количества кости для одномоментной установки, имплантаты будут установлены через некоторое время.

В данной форме согласия не могут быть предусмотрены все возможные осложнения, какие могут возникнуть во время проведения этой процедуры. Кроме этого, хирург не может гарантировать успешность результатов наращивания кости в области верхнечелюстной пазухи.

Данное вмешательство сопровождается некоторым дискомфортом, отёком, заложенностью носа или пазухи, а также болью. Но все эти симптомы исчезнут, скорее всего, через 5-10 дней после операции. Однако полное исчезновение всех симптомов может произойти через 3 недели или чуть дольше.

К возможным осложнениям данного вмешательства относятся:

- 1) инфицирование раны, пазухи;
- 2) кровоточивость в области вмешательства в послеоперационном периоде, кровоточивость из носа;
- 3) изменение цвета кожи на лице (синяки);
- 4) временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и неба в области вмешательства;
- 5) потеря костного материала;
- 6) прорезывание барьерной мембраны, что требует повторного вмешательства для её получения;
- 7) формирование щели между пазухой и полостью рта, что требует хирургического закрытия;
- 8) повреждение зубов, которые прилегают к области вмешательства, как правило, спровоцированных во время эндодонтического лечения и т. д.

Я указал(а) точные данные о своём психическом и физическом здоровье, а также обо всех аллергических реакциях и других заболеваниях.

Я знаю, что в случае возникновения осложнений клиника берёт на себя ответственность их возможного устранения.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, который является неотъемлемой частью истории болезни, и понимаю, что он имеет юридическую силу и может повлечь правовые последствия, и даю согласие на проведение операции.

Дата _____

Пациент _____
(фамилия, подпись)