****

**Информация для пациента по проведению операции по дентальной имплантации и костной трансплантации в стоматологической клинике ООО «ДОКА МЕД СТОМАТОЛОГИЯ»**

г.Сергиев Посад

Общество с ограниченной ответственностью «Дока Мед Стоматология», лицензия № ЛО-50-01-009654 от 24.04.2018 г. в лице Генерального директора Строгалина Станислава Вячеславовича, именуемое в дальнейшем «Клиника», с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_года рождения; доверяю врачу-стоматологу Соловьев Я.Н. провести хирургическую стоматологическую предимплантационную операцию и операцию с использованием имплантата (ов), а именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мне было проведено тщательное обследование ротовой полости с разъяснением существующей проблемы. Мне объяснили все существующие методы лечения и состояние моей зубочелюстной системы. Я обсудил(а) с доктором все положительные и отрицательные моменты предложенных мне методов лечения. Я понимаю цель и суть хирургической процедуры установки дентальных имплантатов, и я даю согласие на восстановление отсутствующих зубов с помощью имплантатов.

Я ознакомлен(а) с диагнозом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и понимаю, что последствиями отказа от лечения могут быть осложнения, возникающие при отсутствии зубов и ортопедического лечения: атрофия и деформация альвеолярных отростков челюстей, подвижность зубов, патология височно-нижнечелюстного сустава, головные боли.

Я информирован(а), что операция будет проводиться под местным обезболиванием и даю согласие на тип анестетика по выбору моего доктора.

Я полностью информировал(а) врача о своем физическом и душевном здоровье (наличие у меня аллергических или необычных реакций на лекарства, пищу, укусы насекомых, обезболивающие препараты, пыль, реакции десны и кожи, сопутствующих заболеваний) и даю согласие на проведение дополнительного обследования.

Я осознаю, что во время операции в костную ткань челюсти будут поставлены титановые имплантаты.

Операция будет произведена в два этапа по стандартной методике с использованием стоматологических имплантатов, разрешенных для применения на территории РФ.

Доктор объяснил мне и я понимаю, что не существует способа точно определить репарационные особенности десны и костной ткани после проведения операции, т.е. точная продолжительность лечения не может быть определена, но предположительные сроки заживления в среднем составляют от 3-х месяцев до 1 года.

После приживления имплантатов мне будут изготовлены и установлены зубные протезы (сроки будут определены врачом-ортопедом). Имплантаты будут выполнять функцию опоры для зубного протеза.

Я информирован(а), что во время операции врач может изменить ее план в зависимости от фактического состояния костной ткани и особенностей хода операции.

Я информирован(а) о том, что существует возможность травмы кости и проникновения в верхнечелюстную пазуху.

Я информирован(а), что имплантаты могут не прижиться, что приведет к их удалению.

Я информирован(а), что в случае неприживления имплантата до установки ортопедических конструкций (за исключением случав несоблюдения гигиены полости рта, рекомендаций врача (Приложение № 2), и графиков наблюдения) мне может быть проведена повторная операция на усмотрение доктора.

Я информирован(а), о возможных осложнениях во время и после операции, а также о том, что в период подготовки к операции и после проведения операции мне необходимо принимать лекарственные препараты и соблюдать режим, предписанный врачом (курение, прием алкоголя, употребление сахара снижают успех лечения). Я согласен(а) выполнять назначения моего доктора и приходить к нему на прием в зависимости от его указаний.

Я полностью ознакомлен(а) с тем, что любое хирургическое вмешательство, анестезия или применение дополнительных медикаментов связано с риском и осложнениями.

Я предупрежден(а) о возможных побочных эффектах (точную продолжительность этих побочных эффектов невозможно предусмотреть), таких как:

* Общее недомогание, онемение губы, языка, щеки, подбородка или зубов;
* Припухлость, болевые ощущения, возможное инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае несоблюдения предписанных врачом правил гигиены;
* Аллергическая реакция на анестетики или медикаменты;
* Неприживление имплантата/трансплантата
* Отсроченное заживление и т.д.

Я полностью понимаю, что во время и после операции мое состояние может измениться, тогда на усмотрение врача для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия. Я разрешаю любые изменения материалов или ухода, если они будут сделаны для моего блага.

Я осознаю, что обязан(а) незамедлительно сообщить моему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Я знаю, что могу получить помощь и консультацию по вопросам выбора имплантата только у компетентных стоматологов, имеющих специализацию по имплантологии.

Я ознакомлен(а) с тем, что имеющиеся в настоящий момент технологии имплантации не могут дать 100% гарантии успеха и отказываюсь от предъявления каких-либо претензий к хирургу-имплантологу и к Клинике, которые будут использовать свой опыт и знания для обеспечения имплантации.

Я информирован(а) о среднем сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте их приживления (в зависимости от индивидуальных особенностей организма, сопутствующих заболеваний, соблюдении гигиены полости рта, профилактических осмотров и соблюдения рекомендаций, данных мне доктором).

Я ознакомлен(а) с расценками на все этапы операции имплантации и обязуюсь произвести оплату в соответствии с п. 2.3 Договора.

Я информирован(а) о том, что ортопедический этап лечения будет проведен в сроки, установленные для каждого типа имплантатов. Эти сроки должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани. Оплата за ортопедический этап лечения будет производиться мною отдельно по расценкам ортопедического прейскуранта на момент проведения этапа протезирования.

Я даю разрешение доктору использовать любого ассистента данной клиники, участие которого в моем лечении он сочтет необходимым, а также приглашать для консультации других врачей клиники.

Я разрешаю доктору делать фотографии, рентгеновские снимки, модели, связанные с моим состоянием и лечебными процедурами, использовать их для научных или образовательных целей.

Я был(а) информирован(а) в полном объеме и прошу предоставить и подтверждаю предоставление мне медицинских (стоматологических услуг, включая установку внутрикостных имплантатов).

Я обязуюсь воздержаться от управления автомобилем или от работы с другими опасными аппаратами в течение 24 часов с момента операции и до полного восстановления нормального состояния организма после использования лекарственных средств.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и может повлечь за собой правовые последствия.

Согласен. Копию на руки получил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Нифанов А.А.

Дата « » \_\_\_\_\_\_\_ 2023г.

**Рекомендации**

1. Пациент обязуется сдать до начала лечения клинические анализы по направлению врача– имплантолога Клиники.
2. Пациент обязуется принимать необходимые медикаменты (антибиотики и противовоспалительные препараты) при назначении их врачом–имплантологом Клиники в послеоперационный период с целью предотвращения возникновения инфекции.
3. Пациенту рекомендуется следить за своим здоровьем. В случае имеющихся у Пациента заболеваний, таких как сахарный диабет или остеопороз, Пациент обязуется предупредить врача-имплантолога Клиники до начала лечения. В случае возникновения у Пациента данных заболеваний после проведенного стоматологического лечения с опорой на дентальные имплантаты Клиника более не может давать гарантию на стоматологическое лечение с момента появления у Пациента этих заболеваний.
4. Рекомендуется систематический контроль после окончания стоматологического лечения с опорой на дентальные имплантаты: в течение первого года - 1 раз в 3 месяца, далее 1 раз в полгода, а также проведение профессионального гигиенического ухода в Клинике. Профессиональный гигиенический уход должен осуществляться не реже одного раза в 3 месяца. При несоблюдении этого пункта рекомендаций гарантии на стоматологическое лечение аннулируются.
5. Пациенту необходимо соблюдать все рекомендации с целью сохранения гарантии на стоматологическое лечение, так как причиной отторжения имплантатов может послужить возникновение инфекции, что является следствием несоблюдения послеоперационных рекомендаций (см. «Послеоперационные рекомендации»), гигиены, а также курение, развитие синусита.
6. Причиной отторжения имплантатов может послужить некорректно проведенное протезирование с опорой на дентальные имплантаты. При проведении протезирования с опорой на дентальные имплантаты в Клинике последняя гарантирует корректность проведения протезирования и, соответственно, сохранение вышеперечисленных гарантий. При осуществлении протезирования с опорой на дентальные имплантаты специалистами других учреждений гарантии, предоставляемые Клиникой на стоматологическое лечение, аннулируются.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Клиника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

**Ознакомительный лист по предоперационным и послеоперационным осложнениям**

Дентальная имплантация относится к числу хирургических операций, во время которых в костный гребень верхней или нижней челюсти устанавливается титановый имплантат. Как любая операция, имплантация может создать предоперационные и послеоперационные неудобства, а также осложнения, не зависящие от врача-имплантолога. Поэтому Вам необходимо ознакомится с ними перед установкой дентальных имплантатов и проведением предимплантационных операций (открытый синус-лифтинг, пересадка костного блока, дистракционный остеогенез, направленная тканевая регенерация с помощью резорбируемых и не резорбируемых мембран, лоскутные операции на пародонте и т.д.).

* Перед операцией назначается курс антибиотиков с продолжением после операции. Иногда они могут вызвать, что проявляется появлением сыпи на коже и зудом. При наличии аллергии на антибиотики или при появлении её во время лечения, необходимо сообщить об этом лечащему врачу. Редко от антибиотиков бывают расстройства желудочно-кишечного тракта с проявлениями тошноты или появлением жидкого стула. Об этом также необходимо ставить врача в известность.
* После операции, на второй день появляется отёк мягких тканей в области операции. Далее в течение двух последующих дней отёк увеличивается, затем постепенно начинает спадать и полностью проходит на 7-10 день.
* Редко на лице или шее появляются гематомы (синяки), что связано с травмой кровеносных сосудов во время операции. Обычно они появляются на 3-4 день и окончательно проходят на 15-20 день после операции.
* В первые два дня после операции может появляться ноющая не острая боль, которую легко снимать обезболивающими таблетками.
* В первые два-три дня после операции иногда может быть невысокая температура (37,5-38).
* Иногда после установки имплантатов на нижней челюсти появляется онемение подбородка и нижней губы. Это происходит из-за травмы небольших ветвей основного нерва в области установки имплантата. **Обычно это проходит в течение двух-трёх месяцев, но может продлиться и дольше.**
* В крайне редких случаях в подготовленное ложе не устанавливается имплантат по причине плохого кровоснабжения этого участка кости. В таких случаях имплантат устанавливается с отсрочкой на 6-10 недель.
* При операции открытый синус-лифтинг редко бывают разрывы слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. При больших разрывах (больше 1 см) операция прекращается и проводится повторно через 2-3 месяца. Крайне редко может инфицироваться верхнечелюстная пазуха, что приводит к развитию острого синусита. В таких случаях удаляется установленный имплантат и проводится гайморотомия. Через 4-8 месяцев операция синус-лифтинг повторяется.
* Примерно 1% от установленных имплантатов отторгается. Это сопровождается усилением боли в первые 3-4 дня после операции и связанно с плохим кровоснабжением кости на месте установки имплантата. Отторгшийся имплантат удаляется и на это место через 2-4 месяца повторно устанавливается новый.
* Крайне редко бывает отторжение костного блока после пересадки. В таких случаях костный блок удаляется, и повторно проводится новая операция через 3-4 месяца.
* После операции открытый синус-лифтинг в течение 3-4 дней иногда бывает слабое кровотечение из этой стороны носа.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Клиника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Послеоперационные инструкции***

**Приём пищи**

* После операции рекомендуется не есть в течение 2 часов, далее в течение семи дней можно есть любую теплую пищу **мягкой** консистенции (например, творог со сметаной, дважды пропущенное через мясорубку мясо и т.д.).
* Если швы только с одной стороны, старайтесь жевать на другой стороне.
* Если у Вас есть временный съёмный протез, следите за тем, чтобы он не давил на швы. Если протез давит, временно не пользуйтесь им.

**Приём лекарств**

* Если назначен антибиотик (**Амоксиклав**), принимайте его во время или после еды (3 раза в день по одной таблетке (375 мг) в течение 7 дней и 1 таб. за 1 час до операции).
* Перед приёмом пищи и перед сном наносите на линию швов препарат «**Солкосерил дентальная адгезивная паста**» в течение 10 дней после операции.
* Начиная со следующего дня и в течение 14 дней после операции, 4-5 раз в день прополаскивайте полость рта готовым раствором антисептика (**Хлоргексидин** или **Мирамистин** 0,05-1,2 % р-р). Хлоргексидин может окрасить зубы.
* При возникновении боли принимайте или 1, 2 таблетки препарата **Кетанов, ОКИ** или 1 пакетик препарата **Нимесил,** или 1 таблетку препарата **Найз**. Если Кетанов раздражает желудок, замените на другой анальгетик (спазмалгон, цитрамон и т.д.), предварительно сообщив об этом лечащему врачу.

В послеоперационный период (в течение 10 дней) избегайте интенсивных физических нагрузок, переохлаждения (кондиционеры) и перегрева (бани, сауны). Не чистите линию швов в течение 14 дней. По истечении 14 дней начинайте чистить область имплантации или поверхность формирователей, используя мягкую зубную щетку. После этого замените мягкую щетку на щетку средней жесткости или жесткую.

После операции на верхнечелюстной пазухе (синус-лифтинг) не летайте на самолётах в течение 14 дней, при чихании и сморкании ни в коем случаи не зажимайте нос и не пейте через соломку, так как повышение давления в пазухе может привести к развитию осложнений.

**Категорически запрещается** курить, принимать алкоголь и раздражающую пищу, острую или очень горячую, в первые 14 дней после операции.

**Зубные имплантаты и курение**

1. Курение резко снижает успех стоматологического лечения с применением дентальных имплантатов по следующим причинам:

а) при курении в полости рта создается разряженное давление, что препятствует формированию кровяного сгустка, который является важным условием процесса заживления послеоперационной раны;

б) никотин способствует сужению сосудов, что замедляет кровообращение, ухудшая тем самым процесс заживления послеоперационной раны;

2. Пациент обязуется проинформировать Клинику о том, что он курит до начала стоматологического лечения с применением дентальных имплантатов.

3. На основании литературных данных и клинического опыта курение резко снижает успех стоматологического лечения с опорой на дентальные имплантаты, поэтому в случае курения Пациента Клиника не может нести ответственность по гарантийным обязательствам.

**Какие изменения в состоянии бывают в послеоперационный период**

После операции возникает отёк мягких тканей, который нарастает в течение 3-4 дней, затем постепенно идёт на убыль до 10 дня. Иногда на 3-4 день появляются синяки, которые проходят в течение 14 дней. Возможны болевые ощущения, ограничение открывания рта, боль при глотании, неудобства с приёмом пищи. Если боль усиливается на 2-3 день, обязательно свяжитесь с лечащим врачом. Возможно повышение температуры тела в первые 2 дня после операции до 38°C. При более высокой и длительной температуре свяжитесь с лечащим врачом.

**Если у вас возникают вопросы, сомнения, свяжитесь с лечащим врачом.**

**Пожалуйста, не занимайтесь самолечением и не прислушивайтесь к советам посторонних людей, даже если они имеют отношение к медицине.**

**Спасибо за сотрудничество и понимание!**

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_