

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ВСТАНОВЛЕННЯ ОРТОДОНТИЧНИХ МІНІ-ІМПЛАНТАТІВ

1. Я, _____ був проінформований і Я розумію мету і зміст хірургічної процедури встановлення міні-імплантату (-ів), які потрібні для переміщення моїх зубів, це пояснив мені лікар _____.

2. Мій лікар обстежив мою ротову порожнину. Мені пояснили альтернативні методи лікування, але я обрав (-ла) міні-імплантат (-и) для ортодонтичного лікування; ці заходи необхідні для створення додаткової опори, тому що кількість та особливості розташування моїх зубів будуть перешкоджати їхньому ефективному переміщенню.

3. Я проінформований (-а) про те, що імплант (-ати) буде (будуть) розташовуватися в ділянці піднебіння або між кореннями зубів на верхній та/або нижній щелепах. Також можливо буде потреба у встановленні додаткової кількості міні-імплантатів.

4. Я був (була) попереджена про можливі ускладнення або ризик у використанні ліків та анестетиків. Ці ускладнення можуть бути у вигляді болю, набряку, інфекції. Може виникнути оніміння в деяких ділянках обличчя і порожнини рота, відкладене загоєння та алергічна реакція на використані ліки. Визначення тривалості лікування не може бути визначене напевно, тому що може змінитися план лікування.

5. Я розумію, що паління, вживання алкоголю та великої кількості цукру може вплинути на загоєння та знизити успіх лікування. Я розумію, що вдаль використання цієї процедури не гарантується. Я згоден (-а) дотримуватися порад лікаря щодо нагляду за ротовою порожниною. Я забов'язуюся виконувати усі поради щодо дотримання гарного гігієнічного стану ротової порожнини.

6. Я розумію, що є наступні ризики, які можуть трапитися: інфікування місця імплантації, поламка імплантату, рухливість імплантату, можливість пошкодження коренів сусідніх зубів під час встановлення імплантату (-ів).

7. Я згоден (згодна) на тип анестезії, яку обрав мій лікар.

8. Я повідомив (-ла) точні данні про свій фізичний та психічний стан. Також я розповів (-ла) про алергічні реакції в минулому чи будь-які незвичайні прояви на препарати, їжу, укуси комах, анестетики, пил, захворювання крові, судин, серця.

9. Я згоден (-на) на використання моїх рентгенологічних знімків, фотографій без мого імені та прізвища.

10. Я прошу надати і підтверджую надання мені стоматологічних/ортодонтичних послуг, постановку міні-імплантату (-ів) включно. Я цілком розумію, що під час лікування та після мій стан може змінитися, тоді за згодою лікаря для досягнення кращого результату план лікування може змінитися.

Після встановлення ортодонтичного імплантату строк його використання залежить також від якісного і ретельного догляду за порожниною рота.

Ми рекомендуємо дотримуватися наступних заходів:

1. Огляд через добу, тиждень після встановлення міні-імплантату (-ів) у лікаря _____.

2. Професійна гігієна порожнини рота не менше 1 разу на 6 місяців (при наявності захворювань пародонту, палінні, вагітності Вам буде складений індивідуальний план відвідування пар одонтолога).

Підпис лікаря

Підпись Пацієнта (забов'язана сторона)

паспорт, серія, №, виданий (ким, коли)

Свідок

відношення до пацієнта

Дата

Картка реєстрації встановлення мікроімплантатів

П.І.Б. хірурга: _____
 П.І.Б. ортодонта: _____
 Адреса: _____
 Тел.: _____ Факс: _____ e-mail: _____

П.І.Б. пацієнта: _____

Номер картки: _____

Вік: _____ **Стать:** Ч Ж

Попереднє свердління: так ні

Якщо так:

Пілотне свердло (виготовлення): _____

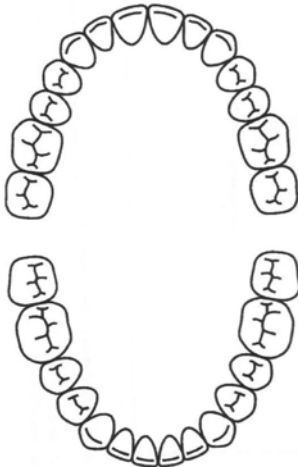
Размір свердла (діаметр): _____ мм

Глибина пілотного свердління: тільки кортикальна пластинка

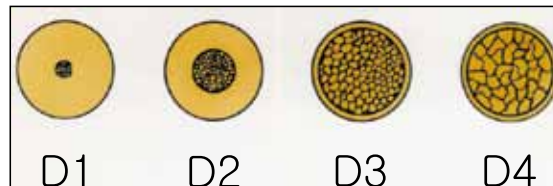
повна довжина

Хірургічний розріз: так ні

Місце встановлення: нерухливі ясна рухливі м'які тканини



		Праворуч		Ліворуч	
		напрямок	видалення	напрямок	видалення
Початок	В.Щ.				
	Н.Щ.				
Закінчення					



Шлях введення: діагонально перпендикулярно

Якість кістки: D1 D2 D3 D4

Дата операції: _____

Початкове навантаження

(дата/зусилля): _____ (____) тиждень/(____) гр

Невдача (дата і ділянка): 1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Дата видалення: _____ (____ місяців)

_____ (____ місяців)

Примітка:

