

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ (МОЛОЧНЫХ) ЗУБОВ**

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____ (Ф.И.О законного представителя) паспорт: _____, выдан: _____, проживающий(ая) по адресу: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель (нужное подчеркнуть) ребенка (Ф.И.О ребенка полностью, год рождения)

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство по удалению молочного зуба моему ребенку будет проводить врач стоматолог-_____ (далее по тексту врач).
(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Я подтверждаю, что мне подробно разъяснены показания к удалению молочных зубов у детей:

- запущенный кариес зубов, не оставляющий возможности для восстановления зубной коронки;
- сложные формы заболеваний зубных и околозубных тканей (периодонтит, пульпит), несущие риск гибели зачатков коренных зубов;
- наличие свищей в десневых тканях, не поддающихся лечению другими методами;
- позднее рассасывание корня молочного зуба, мешающее прорезыванию постоянного зуба;
- случаи, когда коренной зуб прорезался, а временный все еще прочно удерживается на своем месте.

Мне также разъяснены противопоказания к удалению молочных зубов у детей:

- детские инфекционные заболевания, такие как ветрянка, коклюш, скарлатина. Также противопоказаниями могут стать грипп, ангина, ОРЗ;
- острые воспалительные заболевания ротовой полости: стоматит, гингивит, кандидоз;
- наличие заболеваний, вызывающих нарушения свертываемости крови (лейкозы, гемофилия);
- наличие гематом в области, где расположен подлежащий удалению молочный зуб;
- тяжелые состояния здоровья, связанные с такими заболеваниями, как эпилепсия, порок сердца, сердечная недостаточность.

Мне разъяснены рекомендации необходимые после удаления молочного зуба:

- нельзя пить и принимать пищу на протяжении 2-х часов;
- в течение примерно 2-3 дней желательно проводить полоскание рта антисептическими растворами после еды и перед сном;
- пока происходит заживление лунки желательно избегать приема острой, соленой или излишне горячей пищи;
- следует проследить, чтобы ребенок не пытался дотрагиваться до лунки руками или различными предметами.

Мне разъяснены возможные осложнения после удаления молочного зуба:

Нормой считается проявление следующих симптомов:

- десна у ребенка после удаления зуба побаливает;
- присутствует отек, который может оставаться на протяжении от 1 до 3 дней;
- слабое кровотечение (на следующий день после удаления зуба слюна может быть чуть красноватой).
- невысокая температура после удаления зуба (может быть вызвана переживаниями и нервным перенапряжением ребенка).

Мне разъяснено, что, необходимо немедленно обратиться к врачу при обнаружении у ребенка следующих признаков:

- флюс после удаления зуба, препятствующий глотанию, дыханию и движению мышц;
- длительное кровотечение;
- сильная и длительная боль в десне, которая не проходит даже после приема обезболивающего;
- после удаления зуба поднялась температура выше 38 градусов;
- после удаления зуба рези в животе, рвота.

Мне разъяснено, и я понимаю, что риск не удаления зуба (зубов) может привести к таким осложнениям как сильное разрушение коронки молочного зуба и невозможность восстановления зуба; образование кисты

на корне молочного зуба; переход воспаления на зачаток постоянного зуба, что может привести к гибели его зачатка, которые гораздо опаснее, чем раннее удаление зуба.

Мне разъяснено, что с целью обезболивания медицинских манипуляций возможно применение местной инъекционной анестезии, в том числе совместно с медицинской седацией. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я информирован(а) что введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма ребенка.

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии ребенка к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я проинформирован(а) о том, что моему ребенку может понадобиться рентгенологическое обследование, на что даю свое согласие.

Мне разъяснено, что в процессе проведения манипуляции по удалению молочного зуба несовершеннолетнему пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)*:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

Я подтверждаю, что:

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, направленных на сохранение зуба, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован(а), что в ряде конкретных случаев удаление зуба является единственным способом лечения.

Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от проведения манипуляции по удалению зуба, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима назначенных врачом препаратов, бесконтрольное самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья ребенка.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение моему ребенку медицинского вмешательства.

(ФИО пациента)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

(подпись)

«__» _____ 20____ г. (дата оформления)