

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
НА ЛЕЧЕНИЕ 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) |

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

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 проинформирован(а) врачом о состоянии здоровья моего ребенка, поставленному ему диагнозе и необходимости оказания медицинских услуг по лечению временных зубов. Я подтверждаю, что получила подробные разъяснения по поводу предварительного плана лечения.

Мне разъяснено, и я понимаю, что на начальном этапе лечения, при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз относительно степени поражения зуба и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству, в связи с чем в ходе лечения возможно уточнение диагноза и коррекция намеченного плана лечения, о чем меня уведомит лечащий врач. Окончательно решение по плану лечения врач может принять только после того, как проведет удаление всех пораженных кариесом тканей зуба (зубов).

Мне разъяснены и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения временного зуба моему ребенку и сроки проведения лечения, а также альтернативные методы лечения.

Я информирован(а) о следующих возможных альтернативных методах лечения: депульпирования зубов, удаление пораженных зубов, реминерализация зубов, либо отсутствие лечения как такового и выбираю метод лечения, рекомендованный врачом для достижения наилучшего прогноза лечения.

Мне разъяснены некоторые методики лечения осложненных форм кариеса временных зубов, а именно: удаление пульпы из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется. Данное лечение не всегда эффективно и порой приводит к необходимости следующего варианта: удаление оставшейся части пульпы из корня и из коронковой части зуба, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами, предполагающими возможность резорбции корня.

Мне разъяснены последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:

- прогрессирования воспалительного процесса;
- переход воспаления на зачаток постоянного зуба;
- появление либо нарастание болевых ощущений;
- потеря зуба;
- некоторые нарушения общего состояния организма;
- развитие осложнений (у детей оно происходит быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области).

Мне разъяснено, что с целью обезболивания медицинских манипуляций применяется местная анестезия.

Мне разъяснено, что лечение детей с множественными осложнениями кариеса, а также детей по медицинским показаниям проводится под общим обезболиванием (седация или наркоз).

Мне разъяснено, что 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, отечности 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.

Мне разъяснено, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования: получение рентгеновского снимка, слепки, консультация врача иного профиля, на что даю свое согласие.

Я информирована о возможности возникновения следующих осложнений, которые могут произойти в процессе и после лечения:

- при применении анестезии возможен: отек мягких тканей; кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок сам может травмировать щеки, губы их прикусыванием;
- при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения) возможны аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры;
- определенный процент (5-10%) неэффективного лечения временных зубов по причине его анатомо-физиологической специфики, а также индивидуальных особенностей временных зубов у конкретного пациента и состояние его здоровья с последующим удалением зубов;
- необходимость хирургического вмешательства в районе мягких тканей, окружающих зубов, или даже удаление зуба;
- после лечения кариеса возможно появление воспаления пульпы и болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден, будет провести эндодонтическое лечение (лечение каналов зуба) и изменить уточненный диагноз с кариеса на пульпит;
- при эндодонтическом вмешательстве возможно появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании.

Я информирован(а) о необходимости после лечения осложненной формы кариеса восстановления анатомической формы зуба пломбировочным материалом и(или) искусственными коронками.

Понимая и осознавая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приводить ребенка на контрольные осмотры и следить за соблюдением ребенком гигиенических процедур в полости рта.

Я понимаю, что ожидаемый результат лечения заболевания зубов не может быть гарантирован, однако мне гарантированно проведение лечения ребенка специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен и определится только в процессе лечения по факту оказанных услуг и соглашаюсь с этим.

Я информирована и соглашаюсь с тем, что врач не может предсказать эмоциональную реакцию ребенка на выполнение манипуляций при лечении зубов при текущем приеме в связи с индивидуальной переносимостью манипуляций у каждого ребенка с связи с его текущим психо-эмоциональным состоянием, поэтому невозможно точно предсказать длительность лечения, количество необходимых посещений, возможность завершения планируемого этапа лечения во время текущего посещения.

Мне разъяснено, что в процессе проведения манипуляции по лечению временного зуба (зубов) несовершеннолетнему пациенту, а также 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 моего здоровья или состоянии 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 получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на результаты лечения временных зубов и ознакомлен(а) со всеми условиями предоставления гарантии. Я понимаю, что в случае их несоблюдения мой ребенок лишается права на гарантию. Мне объяснили значение нумерации зубов, всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Мне разъяснено и понятно, что важнейшим условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных ребенку врачом.

Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения зуба (зубов), несоблюдение 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)