

Информированное согласие на лечение глубокого кариеса

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Мне, _____
(фамилия, имя, отчество пациента или законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, (Ф.И.О.) _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения _____

предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом лечении глубокого кариеса.

Я понимаю, что в данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или хронический пульпит) с спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение по плану лечения врач может принять только после удаления размягченных тканей из кариозной полости. При этом возможно несколько вариантов дальнейшего лечения:

1. наложение лечебной прокладки с последующим восстановлением зуба;
2. наложение лечебных прокладок в два этапа с временным восстановлением зуба и наблюдением за течением заболевания в течение нескольких месяцев (от 3 до 12) под рентгенологическим контролем через 3-6-12 месяцев;
3. эндодонтическое лечение корневых каналов с последующим пломбированием и восстановлением зуба в 2-6 посещений.
4. хирургическое вмешательство.

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того какой вариант лечения будет возможен.

Я осведомлена(а) о последствиях отказа от лечения, об альтернативных методах лечения и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после лечения:

1. при лечении с сохранением пульпы возможно появление болевых ощущений, при этом врач вынужден будет провести эндодонтическое лечение;
2. появление болей может возникнуть и в более отдаленный период. И это тоже приведет к эндодонтическому лечению;
3. при игнорировании жалоб и нарушении графика контрольных осмотров с рентгенологическим исследованием в последующем может обнаружиться некроз пульпы с возникновением воспаления околокорневых тканей — периодонтит.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля во время лечения, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры два раза в год и следить за гигиеной полости рта.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках ,действующих в ООО Стоматологический салон «Консул»: на лечение кариеса 6-12 месяцев в зависимости от гигиенических индексов и общего состояния здоровья, клинической ситуации.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне (моему ребенку _____) лечения глубокого кариеса.

Дата	Номер зуба	Диагноз	Ф.И.О. и подпись врача	Подпись пациента или его законного представителя

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения глубокого кариеса на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Дата «___» _____ 20___ г _____ / _____

Ф.И.О. и подпись пациента или законного представителя пациента

_____ / _____

Ф.И.О. и подпись врача