

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Лечение молочных зубов

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 предстоящем лечении моего ребенка (ребенка, которого я сопровождаю), и что я соглашаюсь с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя пациента)

являясь законным представителем ребенка _____

проинформирован(а) о состоянии здоровья ребенка и поставленном ему диагнозе.

Я получил(а) подробные разъяснения по поводу заболевания ребенка и Предварительного плана лечения.

Я понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (степень 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).

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен и определится только в процессе лечения.

Я 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.

Я информирован(а) о возможных альтернативных методах лечения, а именно удаление пораженного зуба (пораженных зубов), серебрение зуба (зубов), либо не проведение лечения как такового и выбираю метод лечения, указанный в настоящем согласии.

Я информирован(а) о существовании нескольких методик лечения осложненных форм кариеса молочных зубов, в зависимости от степени инфицированности пульпы:

- Удаление части пульпы зуба;
- Удаление всей пульпы зуба, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами.

Я понимаю, что у маленьких детей трудно провести обезболивание при помощи укола. Альтернативой является общее обезболивание.

Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул с предварительным нанесением на слизистую в место укола обезболивающего препарата. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин. до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено, при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти.

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

Я осведомлен(а) о последствиях 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).

Я соглашаюсь с возможностью возникновения нижеперечисленных осложнений, которые могут произойти во время и после лечения, лечение которых возможно за дополнительную плату:

1. при применении анестезии возможен отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок может накусать щеки, губы;
2. при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения) возможны аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры;
3. определенный процент (5-10%) неэффективного лечения молочных зубов по причине его анатомофизиологической специфики, а также индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояние его здоровья;
4. необходимость хирургического вмешательства в районе мягких тканей, окружающих зубов, или даже удаление зуба;
5. после лечения с наложением лечебной прокладки возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден, будет провести эндодонтическое лечение (лечение каналов корней зуба);
6. обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, и это тоже приведет к эндодонтическому лечению;
7. 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.

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

Мной заданы все интересующие меня вопросы и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них, мне понятны все слова и медицинские термины, использующиеся в настоящем документе.

Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения и сроки проведения лечения.

Я согласен(на), что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения, при лечении осложненной формы кариеса и соглашаюсь на то, что после лечения вероятен риск появления осложнения в виде пульпита.

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

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на лечение молочных зубов и ознакомлен(а) со всеми условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я понимаю и согласен(на), что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе, которые возникли вследствие естественных изменений организма моего ребенка и несовершенства медицинской науки, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я разрешаю использовать информацию о заболевании ребенка, фотографии его зубов и полости рта без указания имени и фамилии в учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказания мне услуг его Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Являясь законным представителем Пациента – ребенка, я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения заболевания молочных зубов на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Дата	№ зуба. Диагноз	Подпись врача	Подпись родителя

Подпись представителя: _____ / _____
(подпись представителя ребенка) (ФИО полностью)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г. Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись врача) (расшифровка подписи)