

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Лечение временных (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 (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

являясь законным представителем ребенка _____
(фамилия, имя, отчество ребенка до 15 лет)

проинформирован(а) о состоянии здоровья ребёнка и поставленном ему диагнозе _____
(диагноз)

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

Я понимаю, что при данной клинической ситуации (кариес молочного зуба) очень сложно поставить точный диагноз 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. Окончательное 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 в 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), 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, а именно:

- Удаление пульпы из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется. Такое лечение проводится в одно - три посещения врача;

- Удаление оставшейся части пульпы из корня и из коронковой части зуба, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами. Такое лечение возможно в два - три посещения.

Я понимаю, что у 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 обезболивающей мази. 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, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям.

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

Я проинформировал(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 отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование 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 и 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 возможны аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры;
3. имеется определенный процент (5-10%) неэффективного лечения молочных зубов по причине их анатомо - физиологической специфики, а также индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;
4. необходимость хирургического вмешательства в районе мягких тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба;
5. после лечения возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден будет провести 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 накусывании и жевании;

Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приводить ребёнка на контрольные осмотры (каждые 3 месяца) и следить за соблюдением ребёнком (непосредственно выполнять) гигиенических процедур в полости рта.

Мной заданы все интересующие меня вопросы и получены исчерпывающие ответы, мне понятны медицинские термины, используемые в настоящем документе.

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

Я согласен(на), что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и соглашаюсь на лечение, несмотря на риск появления осложнения в виде пульпита.

Я понимаю, что положительный результат лечения заболевания молочных зубов не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения ребёнка 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 ребёнка и несовершенства медицинской науки, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объёме.

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.

Я ознакомился (ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, и понимаю, что его подписание влечёт для меня правовые последствия.

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

Подпись родителя (законного представителя): _____ /

(ФИО полностью)

Беседу провёл врач: _____ / _____
(подпись врача) (расшифровка подписи)

Дата «__» _____ 20__ г.