

**Информированное добровольное согласие законного Представителя несовершеннолетнего Пациента на лечение корневых каналов.** (основание: ст. ст. 24, 30, 31, 32, 33, 34 и 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан).

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_

законный представитель (родитель, опекун, попечитель, усыновитель) несовершеннолетнего ребенка, далее Пациента (ФИО полностью)

\_\_\_\_\_ ,  
полностью подтверждаю информацию, что врач – стоматолог, далее Врач \_\_\_\_\_ , в ходе обследования установил моему ребенку следующий диагноз: \_\_\_\_\_

и указал на необходимость данного лечения.

**Методы оказания медпомощи:** лечение пульпита молочных (постоянных) зубов возможно методами полного или частичного удаления пульпы и заключаются в удалении инфицированных тканей из корневых каналов, медикаментозной обработке каналов и заполнении их пломбировочными пастами.

**Связанные с лечением риски** (осложнения), не являющиеся дефектами медицинской помощи:  
- после анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции; аллергия (сыпь, отек, анафилактический шок), токсическая реакция (тошнота, головокружение, потеря сознания, нарушение координации);

- постпломбировочные боли при лечении корней зуба;
- отёк в области терапевтического вмешательства;
- воспаление после пломбировки каналов с плохой проходимостью, при ответвлении каналов, что приведет к перелечиванию в будущем, периапикальной хирургии и даже удалению зуба;
- попадание пломбировочного материала за верхушку корня при эндодонтическом лечении;
- отлом эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах, перфорация корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, это может стать причиной неудачи эндодонтического лечения;
- перелом зуба при отказе от покрытия коронкой после лечения корней.

Даже при успешном лечении корней нельзя утверждать, что зуб не подвергнется кариесу в будущем.

**Виды медицинского вмешательства при лечении каналов:** аппликационная и инъекционная анестезия, механическая обработка твердых тканей зуба режущими инструментами, медикаментозная обработка зуба, наложение девитализирующей пасты на пульпу, пломбировка каналов. Безопасность зоны медицинского вмешательства может обеспечиваться с помощью коффердама, препятствующего проникновению слюны, защищающего от попадания инструментов в дыхательные пути.

**Последствиями лечения каналов** может быть: продление срока службы молочного (постоянного) зуба, снижение риска инфекционных осложнений, устранение болевых ощущений, предотвращение поражения зачатка постоянного зуба, преждевременное рассасывание молочных корней, предотвращение аномалий и сроков прорезывания постоянных зубов.

**Ожидаемые результаты:** улучшение или ремиссия, или частичное выздоровление. Понятие «полное выздоровление» при медицинских вмешательствах на зубе не применимо.

Мне понятна информация о предстоящем лечении. Положительный результат проявляется в период от 3-х до 12-ти месяцев и оценивается только рентгенологическим исследованием.

Альтернативное лечение: удаление зуба. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения.

Я понимаю, что во время лечения может выясниться необходимость в изменении плана лечения. Могут потребоваться процедуры, которые невозможно было предвидеть заранее.

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, появление болевых ощущений, потеря зуба, при осложнениях на молочном зубе – поражение зачатка постоянного зуба. Раннее удаление молочного зуба может привести к нарушению сроков прорезывания постоянных зубов, к прорезыванию со смещением, разворотом коронки зуба, смещению нижней челюсти, формированию аномалий прикуса, развитию дефектов речи, косметических недостатков.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении.

Я соглашаюсь на рентгенологические исследования до лечения, в процессе и после, и предоставляю моему врачу выбор метода и количество снимков.

Мне понятно, что для эффективного лечения может понадобиться консультация стоматологов иного профиля.

Я понимаю, что гарантии на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта по стандартам Исполнителя – каждые 6 месяцев для постоянного прикуса, каждые 3 месяца – для молочного. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется.

**Факторы, влияющие на успех лечения:** правильный уход за полостью рта, регулярное посещение гигиениста (молочный прикус – раз в 3 месяца, постоянный – раз в 6 месяцев), состояние иммунитета, возраст, агрессивность (вирулентность) бактерий, количество употребляемых углеводов, вредные привычки: скрежет зубами, надкусывание ручки, прикусывание губ и щек, выполнение рекомендаций врача.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии.

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии моего ребенка.

Мне объяснены возможные последствия и результаты лечения и альтернативное лечение.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Меня уведомили, что Заказчик не несет ответственности за качество услуг в случаях: осложнений, возникших по причине неявки пациента в срок, указанный врачом; в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций; переделок работ в другой клинике без согласования с Исполнителем; истечения срока гарантии на оказанные услуги;

**неудовлетворительном состоянии гигиены полости рта.**

Я внимательно ознакомился(ась) с данным информированным согласием и понимаю, что оно является юридическим документом.

Я принимаю решение приступить к лечению Пациента на предложенных условиях.

Законный представитель:

Врач:

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Расшифровка подписи

Расшифровка подписи

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.