

**Информированное добровольное согласие
на проведение фторирования зубов**

г. Бердянск

{ТекущаяДата}г.

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 моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства

Я, (отец, мать, опекун - нужное подчеркнуть), {Родитель}, являясь законным представителем ребенка {ФамилияИмяОтчество}, соглашаюсь с тем, что необходимо терапевтическое лечение (фторирования зубов) _____.

1. Фторирование зубов — это профилактическая процедура, направленная на укрепление эмали, снижение риска развития кариеса и уменьшение чувствительности зубов. Основные цели: - Усиление минерализации зубной эмали. Профилактика кариеса и деминерализации. Снижение гиперчувствительности зубов.
2. Описание процедуры. Подготовка - очистка зубов от налёта (при необходимости). Высушивание поверхности зубов. Нанесение фторсодержащего препарата: Использование геля, лака или пены с высокой концентрацией фтора. Препарат наносится на эмаль с помощью аппликатора или каппы. Время экспозиции: 1–5 минут (зависит от препарата). Завершение - удаление излишков препарата.
3. В случае отказа от фторирования зубов у ребенка возможно развитие осложнений: кариес, а в последующем пульпит (воспаление сосудисто-нервного пучка зуба), периодонтит (воспаление окружающих зуб тканей с поражением кости, вплоть до выраженного отека). периостит (воспаление надкостницы).
4. Развитие осложнений может привести к удалению временного зуба и поражению зачатка постоянного зуба (появлению пятна, кариозному поражению недавно прорезавшегося постоянного зуба, гибели зачатка постоянного зуба).
5. Меня ознакомили с факторами, влияющими на успех лечения: правильный уход за полостью рта, имеет решающее значение для сохранения здоровых зубов. Регулярное посещение стоматолога - 1 раз в 3-6 месяцев, в соответствии с индивидуальными показаниями.
6. Я проинформировал (-а) доктора о всех случаях аллергии моего ребенка к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем. Мне были объяснены всевозможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.
7. Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. 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 виде временной потери чувствительности в области обезболивания.
8. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.
9. Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.
10. Я согласен(а) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.
11. Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.
12. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
13. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Подпись представителя ребенка (мать, отец, опекун) Подпись врача

_____ / {Родитель}, /

_____ / {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}