

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
лечение временных зубов у детей**

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 (восстановление зуба(ов), реставрация зуба(зубов)) _____

Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого лечения.

1. Я получил(а) подробные разъяснения по поводу заболевания лица, законным представителем которого я являюсь.
2. 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).
3. Я соглашаюсь с тем, что врач не может предсказать эмоциональную реакцию лица, законным представителем которого я являюсь, на выполнение манипуляций при лечении зубов при текущем приеме в связи с индивидуальной переносимостью манипуляций 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.
4. Я информирован(а) о возможных альтернативных методах лечения, а именно депульпирования зубов, удаление пораженных зубов, реминерализация зубов, либо отсутствие лечения как такового и выбираю метод лечения, рекомендованный врачом для достижения наилучшего прогноза лечения.
5. Я информирован(а) о существовании нескольких методик лечения осложненных форм кариеса временных зубов, а именно:
6. Удаление пульпы из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется. Такое лечение не всегда эффективно и порой приводит к необходимости второго варианта: удаление оставшейся части пульпы из корня и из коронковой части зуба, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами, предполагающими возможность резорбции корня.
7. Я понимаю, что у маленьких детей не всегда возможно провести лечение при помощи местной анестезии. Альтернативой является общее обезболивание (седация или наркоз).
8. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул с предварительным нанесением на слизистую 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.
9. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям.
10. Я проинформирован(а) врача о всех случаях аллергии лица, законным представителем которого я являюсь, к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.
11. 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).
12. Я уведомлен о возможности возникновения нижеперечисленных осложнений, которые могут произойти в процессе и после лечения: при применении анестезии возможен отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок сам может травмировать щеки, губы их прикусыванием; при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения) возможны аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры; определенный процент (5-10%) неэффективного лечения временных зубов по причине его анатомо-физиологической специфики, а также индивидуальных особенностей временных зубов у конкретного пациента и состояние его здоровья с последующим удалением зубов; необходимость хирургического вмешательства в районе мягких тканей, окружающих зубов, или даже удаление зуба; после лечения кариеса возможно появление воспаления пульпы и болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден, будет провести эндодонтическое лечение (лечение каналов зуба) и изменить уточненный диагноз с кариеса на пульпит; обострение заболевание может возникнуть и в более отдаленные сроки, и это тоже приведет к эндодонтическому лечению или удалению зуба; при эндодонтическом вмешательстве возможно появление болевых ощущений в зубе при накусывании и жевании;
13. Я информирован(а) о необходимости после лечения осложненной формы кариеса восстановления анатомической формы зуба пломбировочным материалом и(или) искусственными коронками.
14. Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приводить лицо, законным представителем которого я являюсь, на контрольные осмотры и следить за соблюдением им (непосредственно выполнять) гигиенических процедур в полости рта.
15. Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения и сроки проведения лечения, а также альтернативные виды лечения.
16. 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, периодонтита, перелома зуба, перфорации стенки корня или зуба.
17. Я понимаю, что ожидаемый результат лечения заболеваний зубов не может быть гарантирован, однако лицу, законным представителем которого я являюсь, гарантировано проведение лечения ребенка специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.
18. Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на результаты лечения временных зубов и ознакомлен(а) со всеми условиями предоставления гарантии, которые обязываюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию. Мною заданы все интересующие меня вопросы и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них, понятны система нумерации зубов, все слова и медицинские термины, использующиеся в этом документе.
19. Мне понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования - получение рентгеновского снимка, слепки, консультация врача иного профиля.
20. Я разрешаю использовать информацию о заболевании лица, законным представителем которого я являюсь, фотографии его зубов и полости рта без указания имени и фамилии в учебных целях, для публикации в научной литературе.
21. 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}