

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
лечение кариеса**

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), {Представитель.ФамилияИмяОтчество}, 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 проинформирован(а) врачом о том, что при лечении кариозных поражений зубов ребенка вследствие физиологических изменений состояния организма, снижения иммунитета, общее состояние организма, лечение может иметь следующие осложнения:
2. Послеоперационная чувствительность в течение 7-14 дней;
3. Вялотекущий воспалительный процесс, бессимптомно протекающий в пульпе зуба, который может привести к обострению болевого симптома и необходимости лечения корневых каналов зуба;
4. При большом объеме кариозной полости возможны сколы стенок зуба из-за ослабления его анатомической структуры;
5. При неудовлетворительной гигиене косметическое состояние пломб может ухудшиться, что потребует дополнительной полировки поверхности пломбы.
6. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приводить пациента на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом).
7. Я ознакомил(а) лечащего врача с сопутствующими заболеваниями пациента, перечислила медикаменты, которые принимает ребенок.
8. Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.
9. 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.
10. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.
11. 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.
12. Я согласен(а) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.
13. Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.
14. 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.
15. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Подпись представителя ребенка (мать, отец, опекун)

Подпись врача

_____ / {Представитель.ФамилияИмяОтчество}

_____ / {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}