

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство  
«Лечения кариеса молочных зубов и его осложнений и удаления 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 моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
являюсь законным представителем _____ Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента _____
_____, дата рождения Пациента: _____

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологической клинике, предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на лечение зубов соответствии с Предварительным планом лечения.

Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания \_\_\_\_\_.

Я понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или пульпит?) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение лечения врач может принять только после того, как проведёт препарирование и удалит весь размягчённый дентин из полости зуба.

**Возможны два варианта лечения:**

1. Наложение лечебной прокладки с последующим пломбированием зуба (1-2 посещения).
2. Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба) с последующим пломбированием (2 - 4 посещения).

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен.

**Я осведомлён/а/ о последствиях отказа** от данного лечения, об альтернативных методах лечения и соглашаюсь с тем, что во время, и после лечения, могут возникнуть признаки пульпита:

- после лечения с наложением лечебной прокладки возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден будет провести эндодонтическое лечение;
- возможна трещина зуба (фрактура) как продольная, так и поперечная;
- потеря более 25 процентов твердых тканей зуба вследствие кариозного процесса требует ортопедической коронки;
- обострение заболевания может возникнуть и в более отдалённые сроки, и это тоже приведёт к удалению зуба, в случае, если это молочный зуб;
- при эндодонтическом лечении возможно появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании.

**В случае удаления молочного зуба, Я осведомлен/а/ о возможных альтернативных способах лечения,** направленных на сохранение зуба, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован/а/, что в ряде конкретных случаев удаление зуба является единственным способом лечения.

Мне понятно, что после удаления зуба возникают ощущения дискомфорта (боль) продолжающиеся до нескольких дней, по поводу которых врач назначит при необходимости препараты. Осложнения удаления зуба обусловлены анатомо-физиологическими особенностями организма пациента или наличием имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области.

**Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях во время хирургической операции и в послеоперационном периоде возникают нижеперечисленные явления:**

- Болевые ощущения в течение послеоперационного периода;
- Сохранение припухлости мягких тканей;
- Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- При аномальном расположении зуба - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти.

Я соглашаюсь с тем, что при наличии исходного воспаления в области удаляемого зуба, процесс заживления может происходить медленнее, осложниться развитием воспаления в области удаленного зуба, что потребует дополнительного хирургического лечения.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии для обезболивания медицинских манипуляций на заболевшем зубе. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. 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 ошущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я проинформировал/а/ лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся заболеваниях.

Я осведомлен/а/ о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Я информирован/а/ о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен/а/ на их проведение.

Мне разъяснена необходимость, как во время лечения, так и после его окончания приходить на назначенные врачом контрольные осмотры и профилактические мероприятия, соблюдать гигиену полости рта.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. Лечение молочных зубов может носить характер временных мер для фиксации аппарата форсированного расширения верхней челюсти и ортодонтической пластинки (то есть мы сохраняем временные молочные зубы условно, без гарантийных обязательств по причине сильного разрушения, но лечим их и восстанавливаем для фиксации какого либо ортодонтического аппарата), я соглашаюсь с таким временным лечением после выслушанных разъяснений врача.

Я получил/а/ полную информацию о гарантийном сроке на лечение кариеса и пломбирование и ознакомлен/а/ с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я 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.

**Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.**

***Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.***

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

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Пациент согласился на медицинское вмешательство** \_\_\_\_\_ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)