

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Основами законодательства РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» и Федеральным законом от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»

Я, _____,

(Ф.И.О, число, месяц, г.р.)

Являясь законным представителем ребёнка _____

(Ф.И.О, число, месяц, г.р. до 15 лет)

Проинформирован(а) о состоянии здоровья ребёнка и поставленном предварительном ему диагнозе. Я получил(а) подробные разъяснения по поводу заболевания ребёнка и предварительного плана лечения. Я соглашаюсь с тем, что на предстоящее хирургическое вмешательство, удаление зуба (зубов), будет проводить врач-стоматолог _____, Клиника ООО «АрктикДент», медицинская лицензия, ЛО41-01019-24/00142049, выданная Министерством Здравоохранения Красноярского Края 12 апреля 2022 года.

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).

Я соглашаюсь с тем, что врач не может предсказать эмоциональную реакцию ребенка на выполнение манипуляций при лечении зубов в связи с индивидуальной переносимостью манипуляций у каждого ребенка, психо-эмоциональным состоянием, поэтому невозможно точно предсказать длительность лечения, количество необходимых посещений, возможность завершения планируемого этапа лечения во время текущего посещения.

Я информирован(а) о возможных альтернативных методах лечения, а именно удаление пораженного зуба (пораженных зубов), серебрение зуба (зубов), либо не проведение лечения как такового и выбираю метод лечения, указанный в настоящем согласии. Я информирован(а) о существовании нескольких методик лечения осложненных форм кариеса молочных зубов, а именно:

- удаление пульпы из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется.
- удаление коронковой части пульпы и оставшейся части пульпы из корня зуба, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами.

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии ребенка к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

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 строения зубов и кровоснабжения челюстно-лицевой области).

Мне сообщены возможные осложнения в ходе и после лечения:

- определенный процент (5-30%) неэффективного лечения молочных зубов по причине его анатомофизиологической специфики, а так же индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояние его здоровья;
- после лечения с наложением лечебной прокладки возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден, будет провести эндодонтическое лечение (лечение каналов корней зуба);
- обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, и это тоже приведет к эндодонтическому лечению;
- при эндодонтическом вмешательстве возможно появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании;

Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приводить ребенка на контрольные осмотры и следить за соблюдением ребенком (непосредственно выполнять) гигиенических процедур в полости рта.

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья ребёнка.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии. Мне разъяснена необходимость применения местной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

Мной заданы все интересующие вопросы, получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них, понятны все слова и медицинские термины, использующиеся в настоящем документе.

Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения и сроки проведения лечения.

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.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантомограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров.

Я согласен(согласна) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

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

Являясь законным представителем Пациента – ребенка, я подтверждаю свое согласие медицинское вмешательство предложенных условиях.

Врач-стоматолог: _____ (_____)

(подпись)

Пациент: _____ (_____)

(подпись)

Дата _____