

**Информированное добровольное согласие на
лечение молочных зубов в ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении моего ребенка (ребенка, которого я сопровождаю) и что я соглашаюсь с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

являясь законным представителем ребенка _____
(ФИО ребенка до 15 лет)

проинформирован(а) о состоянии здоровья ребенка и поставленном ему диагнозе _____
(диагноз)

Я получил(а) подробные разъяснения по поводу заболевания ребенка и предварительного плана лечения.

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 настоящей 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. Такое лечение проводится в одно - три посещения врача;
- удаление коронковой части пульпы и оставшейся части пульпы из корня зуба, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами. Такое лечение возможно в два - три посещения.

Я понимаю, что маленьким детям затруднительно провести обезболивание при помощи укола, поэтому лечение детей до 3 лет с множественными осложнениями кариеса, а также детей по медицинским показаниям проводится под общим обезболиванием.

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).

Я соглашаюсь с возможностью возникновения нижеперечисленных осложнений, которые могут произойти во время и после лечения:

- 1) определенный процент (5-10%) неэффективного лечения молочных зубов по причине его анатомофизиологической специфики, а так же индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояние его здоровья;
- 2) после лечения с наложением лечебной прокладки возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден, будет провести эндодонтическое лечение (лечение каналов корней зуба);
- 3) обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, и это тоже приведет к эндодонтическому лечению;
- 4) при эндодонтическом вмешательстве возможно появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании;
- 5) при серебрении цвет зуба (зубов) изменяется (темнеет) и сохраняется вплоть до замещения постоянными зубами;
- 6) _____.

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

Мной заданы все интересующие вопросы, получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них, понятны все слова и медицинские термины, используемые 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 понимаю, что положительный результат лечения заболевания молочных зубов не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения ребенка специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Являясь законным представителем Пациента – ребенка, я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения заболевания молочных зубов на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись законного представителя Пациента _____

Подпись врача _____

Я даю согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно «__» _____ 20__ года, на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а): лечение молочных зубов.

Дата	Диагноз (МКБ-10)	№ зуба	Врач		Пациент/ законный представитель Пациента	
			ФИО	подпись	ФИО (полностью)	подпись