

**Информированное добровольное согласие
на удаление молочного зуба (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 и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(ФИО законного представителя пациента)

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, Предварительного плана лечения и необходимости проведения операции удаления молочного зуба (зубов) _____

(какой зуб, зубы)

Я понимаю, что раннее удаление молочных зубов должно проводиться только в крайних случаях, так как это может приводить к затруднению прорезывания основного зуба и риску развития неправильного прикуса в будущем.

Я понимаю, что риск неудаления зуба (зубов) может привести к таким осложнениям как сильное разрушение коронки молочного зуба и невозможность восстановления зуба; образование кисты на корне молочного зуба; переход воспаления на зачаток постоянного зуба, что может привести к гибели его зачатка, которые гораздо опаснее, чем раннее удаление зуба.

Я соглашаюсь с тем, что во время операции и в послеоперационном периоде может появиться:

- Возможность болевых ощущений в течение послеоперационного периода;
- Возможность припухлости мягких тканей;
- Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- _____.

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течение нескольких дней.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у моего ребенка заболеваниях.

Я информирован(а) о необходимости в течение 24 часов после операции соблюдать ограничения: не жевать на стороне удаленного зуба, соблюдать щадящую (жидкую) диету и гигиену полости рта. Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение моему ребенку.

