

**Информированное добровольное согласие родителя на проведение своему ребенку (подопечному) до 15 лет
медицинского амбулаторного лечения, диагностического вмешательства**

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 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 _____
(фамилия, имя, отчество ребенка до 15 лет)

проинформирован(а) о состоянии здоровья ребенка, поставленном ему диагнозе и необходимости оказания медицинских услуг по лечению временных зубов.

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 понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен и определится только в процессе лечения по факту оказанных услуг и соглашаюсь с этим.

Я соглашаюсь с тем, что врач не может предсказать эмоциональную реакцию ребенка на выполнение манипуляций при лечении зубов при текущем приеме в связи с индивидуальной переносимостью манипуляций у каждого ребенка с связи с его текущим психоэмоциональным 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 депульпирования зубов, удаление пораженных зубов, реминерализация зубов, либо отсутствие лечения как такового и выбираю метод лечения, рекомендованный врачом для достижения наилучшего прогноза лечения.

Я информирован(а) о существовании нескольких методик лечения осложненных форм кариеса зубов, а именно:

- Удаление пульпы из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется. Такое лечение не всегда эффективно и порой приводит к необходимости второго варианта: удаление оставшейся части пульпы из корня и из коронковой части зуба, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами, предполагающими возможность резорбции корня.

Я понимаю, что у маленьких детей не всегда возможно провести лечение при помощи местной анестезии. Альтернативой является общее обезболивание (седация или наркоз).

Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул с предварительным нанесением на слизистую обезболивающего препарата. 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 ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям.

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

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.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгеновского обследования.

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 кровоснабжения челюстно-лицевой области).

Я уведомлен о возможности возникновения нижеперечисленных осложнений, которые могут произойти в процессе и после лечения:

- 1) при применении анестезии возможен отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок сам может травмировать щеки, губы их прикусыванием;
- 2) при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения) возможны аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры;

- 3) определенный процент (5-10%) неэффективного лечения временных зубов по причине его анатомо-физиологической специфики, а также индивидуальных особенностей временных зубов у конкретного пациента и состояние его здоровья с последующим удалением зубов;
- 4) необходимость хирургического вмешательства в районе мягких тканей, окружающих зубов, или даже удаление зуба;
- 5) после лечения кариеса возможно появление воспаления пульпы и болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден, будет провести эндодонтическое лечение (лечение каналов зуба) и изменить уточненный диагноз с кариеса на пульпит;
- 6) обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, и это тоже приведет к эндодонтическому лечению или удалению зуба;
- 7) при эндодонтическом вмешательстве возможно появление болевых ощущений в зубе при накусывании и жевании;
- 8) _____

Я информирован(а) о необходимости после лечения осложненной формы кариеса восстановления анатомической формы зуба пломбировочным материалом и(или) искусственными коронками.

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 меня вопросы и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них, понятны система нумерации зубов, все слова и медицинские термины, используемые в этом документе.

Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения и сроки проведения лечения, а также альтернативные виды 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, периодонтита, перелома зуба, перфорации стенки корня или зуба.

Я понимаю, что ожидаемый результат лечения заболеваний зубов не может быть гарантирован, однако мне гарантированно проведение лечения ребенка специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на результаты лечения временных зубов и ознакомлен(а) со всеми условиями предоставления гарантии, которые обязываюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию. Мне объяснили значение нумерации зубов, всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

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

Мне понятно, что важнейшим условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных ребенку врачом.

Мне понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования - получение рентгеновского снимка, слепки, консультация врача иного профиля.

Я разрешаю использовать информацию о заболевании ребенка, фотографии его зубов и полости рта без указания имени и фамилии в учебных целях, для публикации в научной литературе.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных медицинских услуг. Являясь законным представителем Пациента – ребенка, я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения заболевания зубов на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Дата: «__» _____ 20__ г.

Подпись представителя: _____ / _____
(подпись представителя ребенка) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись врача) (Фамилия ИО)