

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Удаление временных (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 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, _____
(Фамилия, имя, отчество пациента)

являясь законным представителем ребенка _____
(фамилия, имя, отчество 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 молочных зубов _____
(какой зуб, зубы)

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении. Врач внимательно осмотрел ребенка и разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения.

Я информирован(а) так же об основных преимуществах, сложностях и риске удаления зуба, включая вероятность осложнений, сопутствующих подобным операциям, методам анестезии, приему лекарств.

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 оставления в полости рта этого зуба (зубов) может привести к таким осложнениям как киста или гранулема на корне молочного зуба; воспаление тройничного или нижнечелюстного нерва, на фоне воспаления молочного зуба; сильное разрушение коронки молочного зуба и невозможность восстановления зуба, _____ которые гораздо опаснее, чем раннее удаление зуба.

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я соглашаюсь с тем, что данным случае удаление зуба является единственным способом лечения.

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 течении нескольких дней.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций, в том числе совместно с медицинской седацией. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов 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 другими осложнениями.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

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 у моего ребенка заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные имеющиеся у ребенка болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья своего ребенка.

Я информирован(а) о необходимости в течении 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.

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.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

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

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о заболевании, фотографии зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения хирургической операции на предложенных условиях моему ребенку, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ /
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____ /
(подпись врача) (ФИО)

Дата « » _____ 20__ г