

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА С ДИАГНОЗОМ ПЕРИОДОНТИТ

Я, _____

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан.

Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в **ООО «КораллДент»** (ОГРН 1183025003776), далее именуемое – **«Исполнитель»**, и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **лечение кариеса с диагнозом периодонтит.**

Я получил от лечащего врача _____
(Ф.И.О. врача)

всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве, о методах лечения с диагнозом хронический периодонтит.

Так как я, законный представитель пациента, отказываюсь от удаления, лечащий врач предложил альтернативу - это лечение зуба и его сохранение, при этом разъяснила возможные исходы лечения:

- восстановление функции и излечение;
- отсутствие рецидива и осложнений;
- появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции);
- развитие хронического периодонтита;
- оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания - удаление.

Я информирован(а) о возникновении возможных осложнений, возникших во время лечения и после окончания лечебных манипуляций:

- самопроизвольная боль;
- боль при накусывании;
- подвижность зуба;
- отёк мягких тканей;
- повышение температуры тела;
- появление свищевой хода;
- повреждение зачатка постоянного зуба;
- выведение пломбирочного лекарственного средства за верхушку корня зуба.

Я, даю своё согласие на лечение зуба _____ с диагнозом периодонтит и осознаю, что при отрицательном исходе зуб подлежит удалению с последующим ортодонтическим лечением.

Я понимаю, что у маленьких детей трудно провести обезболивание при помощи укола. Альтернативой является общее обезболивание.

Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул с предварительным нанесением на слизистую в место укола обезболивающего препарата. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут 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.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено, при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти.

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 кровоснабжения челюстно-лицевой области).

Я соглашаюсь с возможностью возникновения нижеперечисленных осложнений, которые могут произойти во время и после лечения, лечение которых возможно за дополнительную плату:

- при применении анестезии возможен отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок может накусать щеки, губы;

- при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения) возможны аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры;

- определенный процент (5-10%) неэффективного лечения молочных зубов по причине его анатомофизиологической специфики, а также индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояние его здоровья;

- необходимость хирургического вмешательства в районе мягких тканей, окружающих зубов, или даже удаление зуба;

- 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;

Я информирован(а) о необходимости после лечения осложненной формы кариеса восстановления анатомической формы зуба пломбировочным материалом или штампованной металлической стандартной коронкой.

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, мне 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 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 получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на лечение молочных зубов и ознакомлен(а) со всеми условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

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

Я внимательно ознакомился(ась) 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.

Являясь законным представителем Пациента – ребенка, я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для кариеса с диагнозом периодонтит на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Пациент/Законный представитель: _____ / _____ /

Врач: _____ / _____ /

Дата: {ДатаПолная}