

**Информированное добровольное согласие
на проведение медицинского вмешательства
Лечение осложненных форм кариеса временных зубов**

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 и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

1. Я _____
соглашаюсь с тем, что лечение ребенка будет проводить врач-стоматолог _____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.
2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:
 - 2.1. Диагноз: _____
 - 2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
 - 2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.
 - 2.4. Возможность коррекции согласованного выполняемого плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
 - 2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно:
 - удаление пораженного зуба (пораженных зубов);
 - непроведение лечения;
 - _____
 - 2.6. **Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения**, а именно: прогрессирование 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).
 - 2.7. **Возможные осложнения под влиянием анестезии**, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок может накусать щеки, губы.
 - 2.8. **Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.
 - 2.9. **Возможные осложнения в процессе и после лечения**, а именно:
 - определенный процент (5-10) неэффективного лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;
 - необходимость хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба.
 - 2.10. **Существование нескольких методов лечения осложненных форм кариеса молочных зубов**:
 - удаляется пульпа из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется. Такое лечение проводится в одно или три посещения врача;

- оставшаяся часть пульпы удаляется из корней и из коронковой части, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами. Такое лечение возможно в два или три посещения.
- 2.11. После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы и коронки (если зуб разрушен более чем на $\frac{1}{2}$).
3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.
4. Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы:
- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
 - сроки проведения лечения;
5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение *плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных ребенку врачом.*
6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования:
- получение прицельного компьютерного снимка;
 - консультация врача иного профиля.
7. Мне сообщено и понятно, что для эффективного и качественного лечения зубов эмоциональное состояние пациента не должно мешать врачу выполнить согласованный план лечения. В случае эмоциональной нестабильности ребенка врач может быть вынужден направить на лечение зубов с использованием седации.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

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

Я принимаю решение приступить к лечению ребенка на предложенных условиях.

Подпись и ФИО пациента _____/_____

Подпись и ФИО представителя _____/_____

Подпись и ФИО врача _____/_____

Дата _____