

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского стоматологического вмешательства в ООО «Центр стоматологии»:
Лечение временных(молочных) зубов.**

Этот документ в соответствии со ст. 20, 22, 23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____,
(Ф.И.О. законного представителя, число, месяц, год рождения)
обращаюсь в ООО «Центр стоматологии» для оказания мне/моему представляемому

_____ (Ф.И.О. представляемого, число, месяц, год рождения)
стоматологической помощи. Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа. Доктор поставил моему представляемому/мне следующий диагноз:

Мне известно, что вариантами стоматологического лечения молочных(временных) зубов у детей являются следующие методики: **терапевтическое лечение** (лечение зубов с целью их сохранения), **хирургическое лечение** (комплекс мероприятий, направленных на сохранение зубов, а так же удаление зубов), **ортопедическое лечение** (восстановление целостности зубного ряда ортопедическими конструкциями), **пародонтологическое лечение** (лечение тканей, окружающих зуб и слизистой оболочки полости рта), **ортодонтическое лечение** (исправление и предупреждение нарушения положения зубов и аномалий прикуса) и **отсутствие лечения** как такового. В доступной форме я получил(а) информацию о том, что с учетом имеющейся у моего представляемого клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений организма оптимальным, наиболее эффективным методом лечения с позиции медицинских показаний является терапевтическое лечение.

Врач доступно для меня объяснил, что раннее удаление молочных зубов(хирургическое лечение) должно проводиться только в крайних случаях, так как это может приводить к затруднению, задержке прорезывания постоянного зуба и риску развития зубочелюстных деформаций(неправильного прикуса) в будущем.

Мне понятно, что целью **терапевтического лечения** является лечение зубов с целью их сохранения.

Мне объяснено, что лечения **кариеса** молочных зубов заключается в удалении пораженных кариозным процессом тканей зуба, медикаментозной обработке подготовленной полости, с последующим восстановлением коронки зуба пломбирочным материалом.

Врач объяснил мне, что достоверно точно опередить объем и глубину пораженных кариесом тканей возможно только в процессе вмешательства. Также меня уведомили, что при глубоком распространении кариозного процесса - начальном пульпите, в пульпе (нерве) зуба определяются начальные воспалительные явления, которые могут быть обратимыми. Поэтому наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза молочного зуба при этой стадии кариозного процесса, является удаление пульпы только из коронковой части зуба. При этом применяется консервативный метод лечения- сохранение жизнеспособности пульпы(нерва). При этом воспаленный нерв удаляют только из коронковой части зуба, в корневой части зуба пульпа сохраняется и на него накладывается специальная лечебная паста и постоянная пломба. Это дает возможность сохранить молочный зуб «живым» до его физиологической (естественной) смены. Такое лечение проводится в одно - два посещения.

В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, существует риск:

- прогрессирования воспаления, с развитием необратимых изменений нерва,
- развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба, как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы.

Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату, согласно действующему на момент лечения прейскуранту, будет проведено лечение корневых каналов зуба.

В случае необратимых воспалительных изменений в пульпе, когда жизнеспособность нерва невозможно восстановить, применяется хирургические методы лечения каналов двумя способами по показаниям:

- удаление воспаленной пульпы из коронковой части зуба, с последующим наложением лечебной пасты на корневую часть пульпы с целью её консервации(предотвращение развития микроорганизмов) и постановкой постоянной пломбы.
- удаление воспаленной пульпы из коронковой части и из корня зуба, медикаментозной обработки, с последующим пломбированием корневых каналов лекарственными пастами и постановкой постоянной пломбы. Такое лечение возможно в два - три посещения.

При использовании терапевтического метода лечения молочных зубов имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой.

Мне подробно разъяснили, что при лечении (перелечивании) каналов зуба есть вероятность возникновения, по независящим от медицинских работников и правильности лечения причинам, таких осложнений как:

- обострение и прогрессирование настоящего заболевания, что потребует удаления зуба по абсолютным медицинским показаниям.
- появление или усиление отека, боли, температуры, затрудненное открывание рта;
- развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис) по независящим от медицинских работников и правильности лечения причинам, которые потребуют госпитализации в стационар.

Я информирован о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности, которые заключаются в применении необходимых средств диагностики по показаниям (ЭОД, КТ, RVG, ОПТГ, микроскоп, внутриротовая камера), современных стандартов и технологий лечения, разрешенных сертифицированных материалов и препаратов, комплексом санитарно-эпидемиологических мероприятий.

Последствиями отказа от терапевтического лечения могут быть:

- прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы (нерва) зуба, окружающей корня костной ткани с поражением зачатка постоянного зуба, что в последствие может привести к нарушению развития и прорезывания постоянного зуба, вплоть до гибели зачатка постоянного зуба;
- развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис);
- развитие зубоальвеолярных деформаций;
- снижение эффективности жевания;
- ухудшение эстетики; нарушение функции речи;
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта;
- нейропатология; появление либо нарастание болевых ощущений;
- образование кисты(полости в костной ткани);
- системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Я информирован(а) о возможных альтернативных методах лечения молочных зубов, а именно:

- удаление пораженного зуба (пораженных зубов); серебрение зуба (зубов). Серебрение заключается в обработке зуба растворами серебра, вследствие чего на поверхности твердых тканей зуба образуется защитная пленка, препятствующая дальнейшему развитию и распространению кариозного процесса.
- Реминерализирующая терапия с последующим фторированием- насыщение твердых тканей зуба микроэлементами, с целью укрепления и предотвращения возникновения кариозного процесса.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. 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.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода в виде летального.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений:

- аллергические реакции организма на медикаментозные препараты;
- обморок, коллапс, шок;
- травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами;
- невралгиями и постинъекционными гематомами.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма человека на него. Введение раствора проводится при помощи иглы, что может сопровождаться травмой мягких тканей и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношение при оказании медицинской помощи(ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии у меня/моего представляемого к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я информирован о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности. Я информирован, что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

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

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (а) на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Рентгенография детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок.

Для практически здоровых лиц годовая эффективная доза при проведении профилактических медицинских рентгенологических процедур и научных исследований не должна превышать 1 мЗв (1000μЗв). 1 обследование КТ - 80μЗв, ОПТГ- 80μЗв, RVG(прицельный)- до 12μЗв.

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, в 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 имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого лечения в моего представляемого будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

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

Я информирован, что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий со стороны моего представляемого, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения.

Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего представляемого, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных моим представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня(представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на стоматологические услуги и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии(Положение о гарантиях), которые обязуюсь соблюдать.

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, являющимся приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг и неотъемлемой частью амбулаторной карты (ф.043У)

Примечание: согласие на проведение медицинского вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (16 лет для страдающих наркоманией), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных:

Факт законности представительства интересов _____
(ФИО представляемого)

подтвержден: _____
(документ представителя)

Врач: _____ / _____ / Пациент(представитель): _____ / _____ /
(ФИО) (подпись) (ФИО) (подпись)

Дата «__» _____ 20__ г.

Пациент (законный представитель пациента) имеет право собственноручно вносить в текст данного информированного согласия дополнения, связанные с его правом на добровольность такового