

Информированное добровольное согласие на лечение временных (молочных) зубов

г.Москва

ДатаЗаключенияДоговора

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель

Я, ЗаконныйПредставитель ,
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента

ФамилияИмяОтчествоПациента
(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у моего ребенка заболевания _____

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 психо-эмоциональным 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 удаление пораженного зуба (пораженных зубов), либо отсутствие лечения как такового и выбираю метод лечения, указанный в настоящем согласии.

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

- Удаление пульпы из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется. Такое лечение проводится в одно - три посещения врача;
- Удаление оставшейся части пульпы из корня и из коронковой части зуба, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами. Такое лечение возможно в два - три посещения.

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

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.

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:

- 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 молочных зубов по причине его анатомо-физиологической специфики, а также индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояние его здоровья;
- 4) необходимость хирургического вмешательства в районе мягких тканей, окружающих зубов, или даже удаление зуба;
- 5) после лечения с наложением лечебной прокладки возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден, будет провести эндодонтическое лечение (лечение каналов зуба);
- 6) обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, и это тоже приведет к эндодонтическому лечению;
- 7) при эндодонтическом вмешательстве возможно появление болевых ощущений в зубе при накусывании и жевании;
- 8) лечение временного зуба может закончиться постановкой временной пломбы.
- 9) промежуточным этапом лечения может быть постановка временной пломбы. При неявке в назначенный день на замену временной пломбы на постоянную или коронку, возможно нарушение герметизма с последующим инфицированием корневого канала, что может привести к удалению зуба.
- 10) при проведенном лечении корневого канала в ООО «СТОМСТУДИЯ», а восстановления коронковой части зуба в другой клинике, врач ООО «СТОМСТУДИЯ» ответственности не несет.

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

Мне разъяснено, что ортопедическое лечение несъемными конструкциями (коронками) – это медицинское вмешательство, которое своей целью имеет восстановление анатомической целостности зубных рядов путем изготовления ортопедической конструкции, обеспечивающей восстановление анатомической формы зуба.

Коронка стоматологическая - ортопедическая конструкция, покрывающая коронковую часть зуба или отдельно взятую часть поверхности зуба. Используется для восстановления дефектов зубов, которые не подлежат менее инвазивному лечению (пломба, вкладка).

Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приводить ребенка на контрольные осмотры и следить за соблюдением ребенком (непосредственно выполнять) гигиенических процедур в полости рта.

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, периодонтита.

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 временных зубов и ознакомлен(а) со всеми условиями предоставления гарантии, которые обязываюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь права на гарантию. Я понял значение 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, 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 временных зубов на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Так же я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенной процедуры.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом ООО «СТОМСТУДИЯ».

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

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись врача) (расшифровка подписи)