

Общество с ограниченной ответственностью «ДЕНТА ЛИГА»

344011, г. Ростов-на-Дону, пер. Долмановский 61/91

Тел./факс (863) 290-70-05, 290-72-22

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства терапевтическое лечение (лечение кариеса молочного зуба)

Я, _____ нижеподписавшийся(аяся),
(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на предложенное моему ребенку

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство терапевтическое лечение (лечение кариеса молочного зуба)

(наименование вида медицинского вмешательства)

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

1. Я добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «ДЕНТА ЛИГА» по поводу лечения моего ребенка.
2. Я соглашаюсь с тем, что лечение кариеса молочного зуба будет проводить врач-стоматолог

В исключительных случаях (например, болезнь врача, увольнение, пр.) ООО «ДЕНТА ЛИГА» может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

3. Я проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии здоровья моего ребенка, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

4. Главная цель лечения кариеса молочного зуба - это предупреждение развития дальнейшего поражения зубов, гибель зачатка постоянного зуба.

5. Этиология и патогенез заболевания кариесом связаны с недостатком гигиены и эндогенными причинами, определяющие устойчивость к кариесу.

6. Я проинформирован(а) о методах диагностики: осмотре, зондировании, химических кариес маркерах, рентгенологическом исследовании.

7. Методы лечения кариеса молочного зуба заключается в иссечении твердых тканей зуба, пораженных кариесом и замещении их пломбирочным материалом с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма.

8. Мне в доступной форме даны разъяснения о целях и методах лечения кариеса молочного зуба, объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

9. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В частности: кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (реставрации); кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а, следовательно, потребуются реставрация значительной части зуба: при обширном кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов.

10. Решения о проведении лечения кариеса молочного зуба принимает законный представитель пациента. Законный представитель может отказаться от проведения лечения.

11. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости; появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, требующих эндодонтического лечения или удаление зуба; разрушение и потеря зуба, удаление зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

12. Я предупрежден(а) о следующих возможных рисках, последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:

воспаление пульпы вследствие бактериальной инвазии, может возникнуть в любой срок, в этом случае потребуется: а) снять поставленную пломбу, б) пролечить каналы, в) поставить новую пломбу; возникновение постоперативной чувствительности или боли при накусывании, дискомфорт, чувствительность к температурным раздражителям в течение 2-4 дней после постановки пломбы, при этом может потребоваться удаление пульпы, прием антибиотиков, обезболивающих, десенсибилизирующих препаратов; гематома – после проведения местной анестезии, проходит самопроизвольно в течение недели; скол стенки зуба – может возникнуть в любой срок, требуется лечение каналов, реставрация коронки зуба, в случае скола под десну показано удаление; изменение цвета пломбы может возникнуть в любой срок, требуется повторная реставрация.

13. Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

14. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии у моего ребенка к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

15. Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача.

16. Я даю согласие на опрос, в том числе выявление жалоб; сбор анамнеза; осмотр.

17. Местная инъекционная анестезия проводится с целью обезболивания для осуществления медицинских манипуляций, предусматривает одну или несколько инъекций и приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности. Время действия может быть от 15 минут до нескольких часов.

18. Я информирован(а) об основных преимуществах, осложнениях и риске инъекционной анестезии. Осложнения обусловлены введением в ткани организма анестетика и реакцией на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок). Травме мягких тканей, гематомы, отека десны в области инъекции, тризму (ограниченное открывание рта), травме нервных окончаний и сосудов, потерей чувствительности, невритами, невралгиями, продолжающихся в течение нескольких дней или дольше. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе. Я знаю, что в некоторых случаях медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения. В случае если у моего ребенка ранее случались аллергические реакции на медикаментозные препараты, я обязуюсь предоставить аллергологический тест на препараты для анестезии. Если я умолчал (а) о наличии у моего ребенка каких-либо аллергических реакций, я беру на себя полную ответственность в случае осложнений от проведения анестезии. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья моего ребенка.

19. Я проинформирован (а) о местной инъекционной анестезии и даю согласие на ее проведение.

20. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

21. Я также даю согласие на обработку и передачу персональных данных моего ребенка, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на лечение кариеса молочного зуба мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я принимаю решение осуществить лечение кариеса молочного зуба на предложенных мне условиях.

Законный представитель _____ (_____) « ____ » _____ 202__ г.

Врач _____ (_____) « ____ » _____ 202__ г.

В случае отказа от рекомендованного медицинского лечения

Я, _____, отказываюсь от рекомендованного моему ребенку стоматологического лечения

Врач рекомендует мне проведение комплексного стоматологического лечения - санацию полости рта. Рекомендованное лечение должно быть осуществлено в определённые сроки и с определённой последовательностью. Врач подробно информировал меня о характере и целях рекомендованного лечения, мне разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от санации полости рта. Я осознаю, что выбор мною неоптимального плана лечения, изменение сроков и этапности стоматологического лечения отрицательно повлияют на итоговый результат лечения и их отдалённый прогноз. Я подтверждаю, что имею

возможность обсудить с моим лечащим врачом интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего ребенка и отказом от него.

Законный представитель _____ (_____) « _____ » _____ 202__ г.

Врач _____ (_____) « _____ » _____ 202__ г.