

**Общество с ограниченной ответственностью**  
**«Центр квалифицированной стоматологии «Аврора»**  
ИНН/КПП 2308282062 / 230801001, ОГРН 1212300059620

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**  
**Лечение временных(молочных) зубов**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество — полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ребенка полностью, год рождения)  
обращаюсь в ООО «ЦКС «Аврора» для оказания моему ребенку стоматологической помощи.

Настоящим свидетельствую о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении моего ребенка и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

Я соглашаюсь с тем, что лечение моего ребенка будет проводить врач-стоматолог:

\_\_\_\_\_  
В исключительных случаях, например, болезнь врача, ООО «ЦКС «Аврора» оставляет за собой право заменить лечащего врача.

Доктор поставил моему ребенку 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 ребенка 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.

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).

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

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(а) о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности, которые заключаются в применении необходимых

средств диагностики по показаниям, 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.
- Реминерализующая 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.

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.

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

Я информирован(а) 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 (ортопантомограммы, 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: 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. 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.

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 в лечении моего ребенка 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 ребенка, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. С условиями о гарантиях ознакомлен(а). Условия принимаю.

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 моего ребенка на предложенных условиях.**

Подпись родителя (представителя) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_