



Добровольное информированное согласие на проведение терапевтического вмешательства в ООО «НИКОР- 2» (лечение кариеса и некариозных заболеваний временных зубов у детей)

Я, _____, дата рождения _____, зарегистрирован(а) по адресу: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

(ФИО ребенка – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие на проведение лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинского терапевтического вмешательства (лечение кариеса и некариозных заболеваний временных зуба(ов)) у детей _____ (указать номер зуба, согласно международной системе ISO 3950), по поводу диагноза (наименование и код по МКБ-10) _____

Настоящее согласие дано ООО «Никор-2», имеющему лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-77-01-012001, выдана Департаментом здравоохранения города Москвы от 31 марта 2016 г., (далее - Клиника), на проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача _____

Я получил(а) подробные объяснения в понятной и доступной форме по поводу заболевания моего подопечного и рекомендованного плана лечения, целей, методов оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствий, в том числе вероятность развития осложнений, а так же предполагаемый результат медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения, информирован(а) о его стоимости и сроках исполнения.

Последствиями отказа могут быть: прогрессирование кариозного процесса, поражение пульпы и периодонта зуба, поражение и потеря зачатка постоянного зуба, появление либо нарастание болевых ощущений; ухудшение эстетики; перелом коронки зуба при отказе рекомендованного метода его восстановления, потеря зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи, жевания, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология, нарушение общего состояния организма. Осложнения у детей развиваются быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Я понимаю, что врач не может предсказать эмоциональную реакцию ребенка на выполнение манипуляций при лечении зубов во время приема в связи текущим психоэмоциональным состоянием пациента, поэтому невозможно точно предсказать длительность лечения, количество необходимых посещений, возможность завершения планируемого этапа лечения во время текущего посещения.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

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

В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу. Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции и проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Указать анестетик: _____

Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной процедуры могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Местная инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости в этой области.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений. Я информирован(а) и осознаю, что проведение местной анестезии у детей до 4-х лет проводится с осторожностью (до 4 лет эффективность и безопасность не определены). Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать травматизацию нервных окончаний и сосудов, проявляющуюся потерей чувствительности, невритом, нейропатией; вызвать образование внутреннего кровотечения, постинъекционной гематомы и отека десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, области моляров нижней челюсти.

Я информирован(а) о принципах лечения зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба; предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений. Высокий процент успешности проведения терапевтического лечения молочных зубов (более 80%) не исключает определенный процент (5-10%) неудач, по причине анатомо-физиологической спецификации, а так же индивидуальных особенностей временных зубов у конкретного пациента и состояние его здоровья, что может потребовать: повторной установки пломбы, эндодонтического лечения корневых каналов, удаление зуба.

Я информирован(а), что для терапевтического лечения проводится процедура шлифования слоя твердых тканей зуба, которая является необратимой. Я информирован(а), что истинный размер кариозной полости определяется разрушением дентина и всегда превышает видимый глазом размер кариозной полости в области эмали, вследствие различной твердости тканей зуба. Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания и понимаю, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения, может потребоваться эндодонтическое лечение каналов зуба.

Я информирован(а), что для лечения зубов с глубокими и обширными полостями даже после постановки постоянной пломбы может потребоваться эндодонтическое лечение зуба, и что присутствие такой рекомендации врача в предварительном плане лечения нужно для получения наилучшего результата лечения. Также я информирован(а), что наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза является сохранение жизнеспособности пульпы. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба с ранее имевшейся в нем кариозной полостью или глубоким клиновидном дефекте, стираемости, существует риск воспаления пульпы зуба и (или) развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы.

Я информирован(а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения,

а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических и ортодонтических конструкций. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(на) с тем, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною и что пломбы эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов. Я понимаю, что в интересах моего подопечного начать предложенное лечение.

Я понимаю, что ожидаемый результат лечения заболеваний зубов мне не может быть гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения моего ребенка/подопечного специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования до лечения, во время лечения и после лечения, а также при проведении периодических осмотров в указанные сроки и согласен(а) на их проведение, обязуюсь приходить на контрольные осмотры и соблюдать гигиену полости рта. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования, от рентген-обследования в виде трехмерной компьютерной томографии врач не сможет провести качественную диагностику, лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю физического и психического здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья моего подопечного, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее, а также в случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, стоимость лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Я понимаю, что при изменении состояния моего подопечного или появлении новой информации о его состоянии может появиться необходимость корректировки плана лечения для лучшего удовлетворения интересов моего ребёнка/подопечного. Я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимаю, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я разрешаю лечащему врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий имя лица, чьи интересы я представляю не будет упомянуто.

Я предупрежден(а) лечащим врачом о строгом соблюдении режима во время проведения медицинского вмешательства и после него, о необходимости профессиональной гигиены полости рта (с периодичностью 1 раз в 3-6-12 месяцев, которая определяется индивидуально и зависит от состояния зубов, уровня индивидуальной гигиены полости рта). Я понимаю необходимость регулярно приходить на профилактические осмотры, контрольные снимки зубов по графику, оговоренному с врачом. Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры. Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего лечения. Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на овеществленные результаты лечения и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь права на гарантию.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья / лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(ФИО гражданина)

Телефон _____

(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

Подпись _____

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг, и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от процедуры, либо дать свое согласие

Я подтверждаю свое добровольное согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно в присутствии лечащего врача. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Дата	№ зуба	Подпись пациента или законного представителя/расшифровка	Подпись врача/расшифровка	Дата следующего визита (по актуальности)

Подпись пациента / законного представителя _____