



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА УДАЛЕНИЕ ЗУБА

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____, уполномочиваю врача-стоматолога
_____ провести удаление зуба(-ов) _____ моему ребенку \Patient\.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию тем, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемой процедурой и мог(-ла) либо отказаться от неё, либо дать свое согласие на проведение данного лечения. Доктор поставил моему ребенку следующий диагноз:

Удаление молочного зуба проводится под местной анестезией, применение которой может привести к следующим осложнениям, не являющимися дефектами оказания медицинской помощи: гематома в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающий препарат (сыпь, отек, анафилактический шок). Токсическая реакция на обезболивающий препарат (тошнота, головокружение, кратковременная потеря сознания, нарушение координации).

В случае отказа от удаления инфицированного молочного зуба у ребенка возможно развитие осложнений: периостита (воспаление надкостницы), развитие иных патологий (абсцесса, флегмоны, снижение иммунитета, возникновение респираторных заболеваний, развитие фарингита, ларингита, заболеваний желудочно-кишечного тракта).

Развитие осложнений может привести к удалению молочного зуба и поражению зачатка постоянного зуба (появлению пятна, кариозному поражению недавно прорезавшегося постоянного зуба, гибели зачатка постоянного зуба).

Раннее удаление молочных зубов может привести к затруднению или нарушению сроков прорезывания постоянных зубов, их прорезыванию со смещением, разворотом коронки зуба, смещению нижней челюсти, стойкому формированию аномалий прикуса, развитию логопедических дефектов речи. Также отсутствие зубов влияет на качество пережевывания пищи и формирование косметических недостатков.

Меня ознакомили с факторами, влияющими на успех лечения:

1. Правильный уход пациента за полостью рта имеет решающее значение для сохранения здоровых зубов и целостности реставраций. Регулярное посещение гигиениста – 1 раз в 3-4 месяца, в соответствии с индивидуальными показаниями.

2. Состояние иммунной системы пациента – способность организма сопротивляться инфекции. Способность иммунной системы противостоять инфекции – главный фактор, влияющий на быстрое выздоровление, ликвидацию очагов в пульпе зуба и в костной ткани, окружающей корень/корни зуба.

3. Возраст пациента.

4. Агрессивность (вирулентность) бактерий, их способность к внедрению в ткани организма. Очаги инфекции с высоковирулентными бактериями сложнее поддаются лечению.

5. Особенности питания: употребление чрезмерного количества углеводов может вызвать кариес на зубах, в т.ч. вокруг реставраций.

6. Вредные привычки: скрежетание зубами, надкусывание ручки, прикусывание губ и щек снижают срок службы реставраций.

7. Психологический фактор: понимание пациентом, а также его родителями или лицами, их заменяющими, важности гигиены, периодических профосмотров и выполнение всех рекомендаций.

Я осведомлен(-на) о возможных осложнениях во время анестезии при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(-ла) доктора о всех случаях аллергии моего ребенка к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(-ла) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

Меня уведомили, что клиника и её персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

1. Предоставление услуг по требованию пациента или его родителя, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.
2. Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.
3. Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.
4. Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении.
5. Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом.
6. Истечения срока гарантии на оказанные услуги.
7. Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

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

Подпись врача: _____ / _____ /
(подпись врача)
(ФИО)

Дата « _____ » _____ 20__ г