

ООО «Стомат плюс»

**Информированное согласие на проведение  
медицинского вмешательства детям в возрасте до 12 лет**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30,31,32,33 основ законодательства Российской Федерации об охране граждан от 22 июля 1993 года №5487-1

Я, \_\_\_\_\_ доверяю проведение медицинского вмешательства моему ребенку врачу-стоматологу \_\_\_\_\_, понимаю цель и причины проведения данного медикаментозного вмешательства.

Последствием отказа от лечения могут быть различные прогрессивные заболевания, которые могут повлечь за собой осложнения при появлении постоянных зубов у моего ребенка.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить с моим ребенком на контрольные осмотры (по графику, согласованному с доктором и записанному в историю болезни).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время проведения медицинского вмешательства при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я информировал доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам, которые имелись у моего ребенка в прошлом и об аллергии в настоящее время. А так же обо всех имеющихся у него хронических заболеваниях, которые могут повлиять на проведение и результат медицинского вмешательства. Понимая сущность медицинского вмешательства и уникальность детского организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой процедуры, Я полагаю, что в моих интересах и в интересах моего ребенка приступить к данному лечению. Данная процедура проводится целиком и полностью по согласию родителей ребенка .

Мне были объяснены все возможные исходы лечения. Учитывая физиологические и психологические возрастные особенности, а также неадекватность поведения ребенка врач может предложить альтернативный метод лечения — лечение под общим наркозом, либо отказаться от проведения стоматологического приема. Также я понимаю о возможном снижении срока гарантии проведенного лечения у моего ребенка из-за особенностей растущего организма (нехватка кальция, витаминов). Я имел возможность задать все интересующие мне вопросы.

Я ознакомился с данным положением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

ООО «СТОМАТ ПЛЮС»

**Разрешение на лечение ребенка до 18 лет**

Я, \_\_\_\_\_  
мать (отец, опекун) \_\_\_\_\_

даю согласие на лечение моего ребенка у врача-стоматолога \_\_\_\_\_

и разрешаю в случае необходимости в интересах здоровья, лечения и диагностики проводить анестезию (обезболивание) и рентгенологическую диагностику.

Личная подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

## Информированное согласие на лечение осложненного кариеса молочных зубов.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30,31,32,33 основ законодательств Российской Федерации об охране граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1 и Приказом Министерства здравоохранения от 03.08. 1999 года № 303.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении моего ребенка (ребенка , которого я сопровождаю) и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

I. Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что лечение моего ребенка будет проводить В \_\_\_\_\_ рач-стоматолог \_\_\_\_\_ (в исключительных случаях, например, бол \_\_\_\_\_ езь Врача, фирма может заменить Врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие).

II. Мне сообщена, разъяснена Врачом и понятна информация о сути лечения.

- Диагноз: \_\_\_\_\_

- Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

- Индивидуальный рекомендованный план лечения.

- Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомил Врач. В частности:

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зубов или практически незаметным для родителей, может оказаться глубоким в силу анатомических особенностей молочных зубов — тонкие стенки зуба и близкое расположение сосудисто-нервного пучка. Такая особенность обязательно учитывается при выборе методики лечения.

- Возможные альтернативные варианты, а именно ( ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

- удаление пораженного зуба (пораженных зубов);

- непроведение лечения;

- Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно : прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); некоторые нарушения общего состояния организма; развитие осложнений (у детей оно нарастает быстрее, чем у взрослых. Это обусловлено анатомическими особенностями и обильным кровоснабжением челюстно-лицевой области у детей).

- Возможные осложнения под влиянием анестезии , а именно: отек мягких тканей; кровоизлияние в месте проведения анестезии; снижение внимания; аллергические реакции. Поскольку во время обезболивания и некоторое время после, чувствительность мягких тканей значительно снижена, ребенок может травмировать (накусывать себе) щеки и губы.

- Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков ( в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

- Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно:

- определенный процент (5 -10) неэффективного лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а так же индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;

- необходимость хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба.

- Существует несколько методов лечения осложненных форм кариеса молочных зубов:

- удаляется пульпа из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется. Такое лечение проводится в одно или в три посещения Врача;

- оставшаяся часть пульпы удаляется из корней и коронковой части, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами. Такое лечение возможно в два или три посещения.

- После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. Постановка пломбы, или пломбы и коронки (если зуб разрушен более чем на 1/2).

III. Мне сообщена, разъяснена Врачом и понятна информация о гарантиях.

IV. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы, а процессе лечения;

- сроки проведения лечения;

- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.

При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

V. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных ребенку Врачом.

VI. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут потребоваться обследования (нужное дописать, отметить)

- ортопантомограмма, прицельный компьютерный снимок;

- консультация стоматолога(ов) иного профиля: \_\_\_\_\_

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_

Мною были заданы Врачу 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 частью медицинской карты Пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению ребенка на предложенных условиях

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_

## Информированное согласие на лечение кариеса молочных зубов.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона об охране здоровья граждан в Российской Федерации № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении моего ребенка (ребенка, которого я сопровождаю) и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

I. Я, \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что лечение моего ребенка будет проводить Врач-стоматолог \_\_\_\_\_ (в исключительных случаях, например, болезнь Врача, фирма может заменить Врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие).

II. Мне сообщена, разъяснена Врачом и понятна информация о сути лечения.

- Диагноз: \_\_\_\_\_  
- Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.  
- Индивидуальный рекомендованный план лечения.  
- Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомил Врач. В частности:

• кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зубов или практически незаметным для родителей, может оказаться глубоким в силу анатомических особенностей молочных зубов – тонкие стенки зуба и близкое расположение сосудисто-нервного пучка. Такая особенность обязательно учитывается при выборе методики лечения.

- Возможные альтернативные варианты, а именно (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

• удаление пораженного зуба (пораженных зубов);

• непроведение лечения;

- **Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:** прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); некоторые нарушения общего состояния организма; развитие осложнений (у детей оно нарастает быстрее, чем у взрослых. Это обусловлено анатомическими особенностями и обильным кровоснабжением челюстно-лицевой области у детей).

- **Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно:** отек мягких тканей; кровоизлияние в месте проведения анестезии; снижение внимания; аллергические реакции. Поскольку во время обезболивания и некоторое время после, чувствительность мягких тканей значительно снижена, ребенок может травмировать (накусывать себе) щеки и губы.

- **Последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

- **Возможные осложнения после постановки пломбы, а именно:**

• выпадение пломбы;

• воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения; если слой дентина тонкий, в этом случае потребуется: а) снять поставленную пломбу; б) провести лечение кариеса молочного зуба; в) поставит новую пломбу; г) удалит молочный зуб при нарастании явлений воспаления.

- Существует несколько методов лечения кариеса молочных зубов, в том числе следующие:

• лечение поверхностного кариеса (в пределах эмали) – сошлифовывание пораженной эмали, как правило центральных зубов с последующей аппликацией реминерализующими препаратами; метод инфильтрации препаратом Icon®.  
• лечение среднего кариеса – традиционная обработка с пломбированием специальными пломбировочными материалами.  
• лечение глубокого кариеса методом отсроченного пломбирования: 1 этап – частичная щадящая механическая обработка с наложением на дно кальцийсодержащего препарата для снижения чувствительности и укрепления слабоминерализованного слоя дентина под временной пломбой. 2 этап – снятие временной пломбы, дальнейшая обработка и пломбирование молочного зуба.

III. Мне сообщена, разъяснена Врачом и понятна информация о гарантиях.

IV. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы, а процессе лечения;

- сроки проведения лечения;

- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.

При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

V. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных ребенку Врачом.

VI. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут потребоваться обследования (нужное дописать, отметить)

• ортопантограмма, прицельный компьютерный снимок;

• консультация стоматолога(ов) иного профиля: \_\_\_\_\_

• консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_

Мною были заданы Врачу 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 частью медицинской карты Пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению ребенка на предложенных условиях

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись врача \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_