

## ***Информированное согласие на медицинское вмешательство***

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

(основание ст.32, 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан)

Информированное согласие на медицинское вмешательство включает в себя Приложение 1.

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, ФИО \_\_\_\_\_ паспорт \_\_\_\_\_

Выдан: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным: ФИО, дата рождения \_\_\_\_\_.

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

Я даю согласие на проведение моему ребенку следующих процедур, манипуляций и видов лечения, если они потребуются:

Я согласен(-а) на проведение моему ребенку консультации стоматолога, сбора анамнеза жизни и заболевания, сбор жалоб, внешнего осмотра челюстно-лицевой области, осмотра полости рта, в том числе с использованием инструментов, интраоральной камеры и других методов и оборудования, используемых в клинике, пальпацию мягких тканей (прощупывание), перкуссию зубов (простукивание), термодиагностику зубов (реакция на температуру), определение прикуса, витальное окрашивание твердых тканей зубов (индикатором налета и кариес-маркером), определение индексов гигиены полости рта, определение пародонтальных индексов, обучение гигиене полости рта, назначение лекарственной терапии, при необходимости.

Я согласен (-а) на проведении моему ребенку **рентгенографии, компьютерной томографии**, при обследовании и лечении зубов, необходимой для полноценной диагностики и контроля проведенных лечебных манипуляций. Я понимаю, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии (КТ), в случае несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишаю врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.

Я даю свое согласие на проведение моему ребенку местной инъекционной **анестезии**, при наличии показаний для этого, и понимаю, что некоторые лечебные процедуры без анестезии провести невозможно. Возможные осложнения в ходе данной манипуляции (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, местная аллергическая реакция, аллергический шок, обморок, коллапс). При постановке анестезии чувствительность слизистой оболочки полости рта теряется на несколько часов и необходимо тщательно следить за ребенком и ограничить прием пищи во избежание накусывания губ и щек. При появлении признаков травмирования слизистой (припухлость, отек, кровотечение) необходимо обратиться к лечащему врачу.

Я понимаю, что моему ребенку может потребоваться **терапевтическое лечение зубов** и согласен(-на) на него.

Я понимаю, что моему ребенку может потребоваться **отсроченное лечение острого кариеса** и согласен(-на) на него.

Лечение острого кариеса не может быть проведено в одно посещение, так как необходимо остановить процесс распространения кариеса и только после этого завершить лечение. Как первый, начальный этап лечения, может проводиться частичная обработка кариозных полостей и их пломбирование материалом, обладающим профилактическим и лечебным действием. Через определенный период эти временные реставрации должны быть заменены на постоянные. Я понимаю, что такое лечение попытка сохранить зуб живым, но в процессе лечения может измениться объем вмешательства (депульпирование, восстановление коронкой).

Я понимаю, что моему ребёнку может потребоваться **лечение кариеса** и согласен (-на) на него.

В процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция намеченного плана и технологий лечения, в частности:

- Кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, следовательно, увеличится площадь обработки зуба, а также объем его восстановления
- Возможны осложнения после постановки пломбы (спустя неделю и более), а именно:  
Воспаление пульпы вследствие проникновения в пульпу бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждается в процессе обработки зуба; в этом случае потребуются:  
а) снять поставленную пломбу, б) пролечить каналы, в) поставить новую пломбу.

Я понимаю, что моему ребенку может потребоваться **лечение пульпита молочного зуба методом ампутации** и согласен(-на) на него.

Цель лечения - попытка сохранить молочный зуб в зубном ряду (дуге), для правильного формирования челюстной области. В молочных зубах есть риск преждевременной резорбции (рассасывания) корней и

гарантия распространяется только на пломбу (стандартной коронку). При появлении боли, отека, зуб необходимо удалить.

Я понимаю, что моему ребенку может потребоваться **восстановление коронковой части зуба стандартной искусственной коронкой** и согласен(-на) на него.

Целью такого лечения является сохранение жевательной эффективности зуба, сохранение зуба в зубном ряду, создание герметичности реставрации после лечения осложненных форм кариеса, профилактика появления новых кариозных полостей и другое. Возможными негативными последствиями отказа от такого лечения являются, в том числе, но не ограничиваясь: появление новых кариозных полостей на ранее вылеченном зубе на поверхностях, где нет пломб, выпадение пломбы, вторичное инфицирование тканей зуба, удаление зуба, с вытекающими отсюда последствиями. Стандартная искусственная коронка может расфиксироваться (выпасть), и в этом случае нужно сохранить коронку и в течение 3-5 дней попасть на прием к стоматологу для повторной фиксации коронки.

Я понимаю, что моему ребенку может потребоваться **объемное восстановление дефекта твердых тканей зуба из пломбировочного материала** и согласен (-на) на него.

Для полного восстановления функциональной ценности зуба, необходимо восстановить утраченный объем тканей коронкой. Восстановление формы зуба из пломбировочного материала не позволит полностью восстановить его функциональную ценность, а также не может быть эстетически совершенным. Восстановление постоянного зуба, при большом дефекте (разрушении коронковой части зуба более, чем на 1/2) из пломбировочного материала является временным и выполняется без сроков гарантии.

Я понимаю, что моему ребенку может потребоваться **лечение травматических повреждений зубов** и согласен(-на) на него.

Лечение травматического повреждения зуба проводится с целью попытки сохранить зуб в зубной дуге. Лечение может быть длительным. В процессе лечения и после него могут появиться изменения в плане лечения, вплоть до удаления зуба. Необходимо строго соблюдать график посещения врача на всех этапах лечения. При несоблюдении графика контрольных осмотров, врач может принять решение об изменении плана лечения. Лечение травматического повреждения зуба должно быть комплексным, оно может включать в себя не только терапевтическое лечение.

Я понимаю, что моему ребенку может потребоваться **эндодонтическое лечение** и согласен(-на) на него.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; отрицательное влияние данного заболевания на общее состояние моего организма. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов: ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит препараты, если сочтет это нужным. Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше. Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать (нарушить целостность) стенки корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба. Строение корневых каналов зубов индивидуально и может отразиться на исходе лечения. Так, при лечении искривленных корневых каналов, имеется более высокий риск поломки инструментов, перфораций и переломов корня.

Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем. Кроме того, при лечении корневых каналов временного зуба, может быть преждевременная резорбция, что приведет к раннему удалению зуба. После лечения корневых каналов зуб будет более хрупким и его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля за отдаленными результатами эндодонтического лечения в будущем и согласен приходить на контрольные осмотры.

Я понимаю, что моему ребенку может потребоваться **лечение осложненных форм кариеса в зубах с незавершенным формированием корня** и согласен(-на) на это.

Цель такого лечения – попытка создать условия для окончания формирования корней зуба, для сохранения функциональной ценности зуба, для сохранения зуба в зубной дуге. Лечение может быть длительным (до 2-3 лет). Результат лечения не может быть четко гарантирован. Необходимо строго соблюдать график посещения врача. После окончания эндодонтического лечения зуба, скорее всего, потребуются ортопедическое восстановление коронки зуба (вкладка, коронка для постоянных зубов или стандартная коронка для молочных зубов) для восстановления функциональной ценности зуба. После окончания эндодонтического лечения, необходимо посещать лечащего врача для контрольных осмотров.

Я понимаю, что моему ребенку может потребоваться **лечение пульпита биологическим методом** и согласен(-на) на это.

Цель такого лечения – попытка сохранить зуб «живым» (витальным). После лечения возможны некоторые болевые реакции в области вылеченного зуба в течении нескольких дней.

При появлении длительных самопроизвольных болей зуб необходимо будет депульпировать. Депульпирование будет проведено за отдельную плату и относится к эндодонтическому лечению.

Я понимаю, что моему ребенку может потребоваться **хирургическое лечение, включая удаление зубов, лечение периостита, перикоронарита, альвеолита** и согласен(-на) на это.

Хирургическое лечение является, по своей сути, одним из видов оперативного лечения, которое может привести к ряду последствий во время или после лечения, такие как, но не ограничиваясь этим: отек и боли в области операции, травмирование соседних зубов и слизистой оболочки полости рта во время операции, перелом челюсти, отлом бугра или альвеолярного отростка челюсти, кровотечение, альвеолит и другое. Я информирован (-а) и понимаю то, что должен (-на) строго соблюдать рекомендации и назначения врача, а также неотлагательно информировать врача (клинику) о наступлении или выявлении вне клиники осложнений или отсроченных последствий операции. Я информирован (-а) и понимаю, что отказ от хирургического лечения может привести к осложнениям, включающим, но не ограничивающимся: абсцесс, периостит, флегмона, остеомиелит, сепсис и другое.

Я понимаю, что моему ребенку может потребоваться стоматологическое лечение **с применением лазерных технологий** и согласен(-на) на это.

Лазерный свет обладает широким спектром лечебного и профилактического действия. Он вызывает выраженный противовоспалительный эффект, нормализует микроциркуляцию, понижает проницаемость сосудистых стенок, обладает фибрино-тромболитическими свойствами, стимулирует обмен веществ, регенерацию тканей и повышает содержание кислорода в них, ускоряет заживление ран, предотвращает образование рубцов после операций и травм, оказывает нейротропное, анальгезирующее, миорелаксирующее, десенсибилизирующее, бактериостатическое и бактерицидное действие, стимулирует систему иммунной защиты, снижает патогенность микрофлоры, повышает ее чувствительность к антибиотикам. Универсальные свойства лазерного воздействия используются в различных отраслях практической медицины – хирургии, терапии и диагностики.

В зависимости от параметров лазерного излучения – длины волны, мощности, времени и режима воздействия на ткани полости рта, – можно получить различные лечебные эффекты. Лазерная терапия основана на фотохимическом и фотофизическом эффектах, при которых поглощенный тканями свет возбуждает в них атомы и молекулы, приводя в действие терапевтические механизмы организма – повышается резистентность, стимулируются репаративные процессы, улучшается микроциркуляция, нормализуется иммунитет, стихают острые воспалительные явления.

В нашей клинике применяется диодный лазерный аппарат «PICASSO» производства компании "AMD LASERS" (США).

В клинике ООО «Спутник» лазерные технологии применяются при проведении терапевтического, эндодонтического, хирургического, ортопедического и ортодонтического лечения. Применение лазерных технологий позволяет все стоматологические процедуры проводить безболезненно и без кровопотери.

К преимуществам применения лазерных технологий относятся: безопасность, точность и быстрота проведения врачебных манипуляций, отсутствие нежелательных эффектов, ограниченное применение местных анестетиков, щадящее и безболезненное лечение, комфортные условия для пациента, ускорение сроков лечения.

Лазерный световой поток не видим глазу человека. Для визуализации лазерного луча аппарат оснащен диодным светом красного цвета. Во время лечебного процесса глаза пациента, врача и ассистента врача должны быть защищены специальными очками.

Во время лечебных процедур в кабинете могут находиться только пациент, врач и ассистент врача. Присутствие родственников пациента во время проведения медицинских процедур с применением лазерных технологий не предполагается.

Я понимаю, что моему ребенку может потребоваться **пародонтологическое лечение** и согласен(-на) на это.

Пародонтологическое лечение проводится с целью устранения очагов инфекции в полости рта, уменьшения воспаления тканей пародонта, снижения патологической подвижности зубов или ее профилактика, улучшения эстетики, для подготовки к последующим этапам лечения, а также для оздоровления полости рта и всего организма. Суть пародонтологического лечения заключается в комплексном лечебном воздействии на ткани пародонта с применением консервативных методов лечения (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов), хирургических методов лечения (открытый кюретаж зубодесневых карманов, лоскутная операция, устранение рецессий, наращивание костной ткани, пластика десны, рассечение, иссечение и пластика тяжей прикрепления слизистой и уздечек языка и губ), ортодонтических, ортопедических методов лечения (шинирование, протезирование), а также аппаратных методов лечения (Vector, Vector Paro).

Альтернативой пародонтологического лечения являются: удаление пораженных зубов, отсутствие лечения.

Пародонтологическое лечение не всегда имеет гарантию стопроцентного успеха, что значит невозможность точного прогнозирования и достижения результатов такого лечения.

Я понимаю, что моему ребенку может потребоваться **профессиональная гигиена полости рта** и согласен(-на) на него.

Возможные негативные последствия частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены: прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета. Возможные осложнения на этапах и после лечения: дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, выпадение дефектных пломб; повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба. Невозможно обозначить сроки гарантии на профессиональную гигиену по причине специфики данной процедуры.

Я даю согласие на фотографию, видеосъемку и проведение рентгенологического контроля стоматологической процедуры, которые будут выполнены для определения качества стоматологического лечения, прогнозирования результатов стоматологического лечения и обеспечения полной медицинской информацией о моем ребенке.

Я понимаю и согласен, что Клиника не может нести ответственность за качество ранее проведенного лечения в других медицинских учреждениях и возникновение медицинских осложнений, связанных с обострением уже имеющихся хронических воспалительных процессов при перелечивании таких зубов.

Я понимаю, что ни врач, ни клиника не могут нести ответственность и давать гарантии на любое лечение, при проведении любых медицинских процедур в других клиниках. В том числе, но не ограничиваясь, подготовкой к протезированию, терапевтическим лечением зубов, удалению, имплантации, протезирования других зубов, проведения профессиональной гигиены и так далее.

Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:

- точное соблюдение и выполнение мною всех предписаний и рекомендаций врача моему ребенку;
- последовательное выполнение мною всех этапов и сроков стоматологического лечения, рекомендованного врачом моему ребенку.

Я понимаю, что медицина не является точной наукой, что невозможно точно прогнозировать результат лечения в связи с тем, что каждый организм уникален и постоянно меняется, что невозможно гарантировать сохранение результата лечения на срок, больше гарантийного и указанного в акте выполненных работ. По этой же причине невозможно составить точный исчерпывающий план лечения - всегда есть риск, что план лечения может поменяться в процессе лечения или могут потребоваться новые виды лечения по окончании основного плана лечения, которые невозможно заранее спрогнозировать.

Я понимаю, что при выпадении пломбы/коронки или поломке стоматологической конструкции, необходимо прийти на прием к лечащему доктору в течение 2 недель во избежание возможных осложнений.

Я ознакомлен, что гарантийные обязательства доктором даются только при соблюдении мною следующих условий: полная санация полости рта (полное излечение всех заболеваний полости рта), удовлетворительное гигиеническое состояние полости рта и регулярные профилактические осмотры 1 раз в 3-4 месяца, профессиональная гигиена полости рта в клинике «ЗубоFF» не реже, чем раз в 6 месяцев или чаще по назначению врача. В ином случае гарантия аннулируется.

Я понимаю, что несу ответственность за умышленное или неумышленное сокрытие, или искажение сведений о здоровье моего ребенка, включая, но не ограничиваясь такими заболеваниями как, аллергии, хронические заболевания, перенесённые ранее и имеющиеся сейчас инфекционные заболевания, непереносимость медицинских препаратов и других веществ и т.д.

Мне ясна вся важность выполнений всех полученных от врача рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором будет нуждаться мой ребенок, и визитов в указанные сроки.

Я доверяю лечащему врачу и медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках.

Настоящим я даю согласие на осуществление моему ребенку любого необходимого лечения.

Дата заполнения:

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Представитель пациента:                      Фамилия                      Имя                      Отчество,                      подпись**  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /