Информированное добровольное согласие на удаление временных (молочных) зубов у детей

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20
Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, (ФИО)_____, являясь законным представителем несовершеннолетнего _____
_____ года рождения, добровольно даю согласие на проведение врачом-стоматологом-хирургом ООО «Томур» (**URING REGENERATION CLINIC)** моему ребенку хирургической операции (манипуляции) по удалению зуба _____.

Данный документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я мог(ла) принять решение о необходимости проведения рекомендуемой врачом операции (манипуляции).

Цель медицинского вмешательства: создание благоприятных условии для выздоровления и (или) реабилитации пациента за счет удаления зуба.

При этом показания к удалению зуба определяются врачом (ликвидация острого одонтогенного воспалительного процесса; устранение предопухолевых процессов, обусловленных хронической травмой слизистой оболочки полости рта, языка зубами; улучшение или восстановление жевательной функции путем создания условий для прорезывания постоянных зубов; устранение психоэмоционального дискомфорта и улучшение жевательной функции путем создания условий для эффективного лечения с аномалиями зубочелюстного аппарата и др.).

Возможные осложнения (риски):

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений, которые могут проявиться даже при соблюдении в наивысшей степени аккуратности и осторожности при осуществлении врачебных действий (реализация риска медицинского вмешательства).

Основные осложнения удаления зуба обусловлены, в первую очередь, анатомо-физическими особенностями организма пациента. Мне понятно, что послеоперационный восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения. Может возникнуть отечность десны или лица, а также боль в области хирургического вмешательства, тризм (ограниченное открывание рта). Эти явления могут продолжаться нескольких дней. Вследствие удаления зуба также возможно возникновение онемения в области вмешательства, формирование рубца, гематомы. Поскольку полость рта всегда является инфицированной средой возможно развитие воспаления (абсцесса, флегмоны и пр.), повышение температуры.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.).

Я понимаю, что раннее удаление временных зубов может привести к затруднению или нарушению сроков прорезывания постоянных зубов, их прорезыванию со смещением, разворотом коронки зуба, формированию аномалий прикуса, развитию логопедических дефектов речи. Также отсутствие зубов влияет на качество пережевывания пищи и формированию косметических недостатков.

Особые указания:

Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда удаление зуба является единственным. При этом все последствия принимаемого решения будут изложены отдельно - в бланке отказа от рекомендуемого медицинского вмешательства.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (а) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям. Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у моего ребенка болезни и недомогания. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии его здоровья.

Я осведомлена(а) о требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее.

При оказании любой хирургической помощи, в том числе удаление зуба, результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приводить ребенка на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Мне разъяснено, что в ходе выполнения данного медицинского вмешательства, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий. Я доверяю медицинскому персоналу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые они сочтут необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния здоровья моего ребенка.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я **ознакомлен(а)** с распорядком дня, нормами и правилами поведения, правилами оказания медицинских услуг и **обязуюсь** соблюдать их.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я даю согласие на осуществление данного вида медицинского вмешательства моему ребенку.

Дата	Объем и вид медицинского вмешательства	Ф.И.О. и подпись врача	Подпись пациента (законного представителя)