

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение лечения кариеса молочного зуба (зубов)

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, {ФамилияИмяОтчество} (ФИО родителя либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что лечение кариеса, болезней твердых тканей зубов, восстановление молочного зуба (зубов), другое вмешательство: _____

пациенту _____

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже) будет проводить врач-стоматолог {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} и другие врачи ООО «ЮККИДЕНТ». В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом. Я даю согласие на привлечение к моему лечению других специалистов, в том числе врачей, не являющихся работниками Исполнителя (при необходимости).

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о целях и методах предстоящего лечения: кариес молочного зуба – заболевание, характеризующееся поражением твердых тканей зуба, которое начинается с разрушения эмали. Если не предпринимать никаких мер и не проводить профилактику, кариозный процесс распространяется вглубь тканей, приводит к дальнейшему разрушению зуба, образованию полостей и появлению осложнений в виде воспаления сосудов и нервов внутри зуба (пульпит), в связочном аппарате (периодонтит). При неблагоприятном течении заболевания инфекционно-воспалительный процесс распространяется за пределы твердых тканей зуба, что приведет к его потере.

В случае обнаружения кариеса на ранних стадиях и в отсутствии противопоказаний (например, недостижение сухости операционного поля) может применяться следующее: 1) Реминерализующая терапия (насыщение эмали зубов минеральными компонентами, которые восстанавливают ее структуру) без иссечения тканей зуба. Лечение может проводиться как в домашних условиях (применение специальных кап, фторсодержащих и/или кальцийсодержащих средств), так и в кабинете врача посредством аппликаций реминерализующих веществ. 2) Лечение системой ICON. Последовательное нанесение компонентов системы ICON в соответствии с технологией применения, полировка поверхности зуба. После лечения системой ICON, обязательно проведение профессиональной гигиены полости рта и профилактических осмотров 1 раз в 3 месяца, для контроля полученного результата лечения и предупреждения развития кариозного процесса.

Для профилактики развития кариеса на молочных зубах проводят герметизацию фиссур после полного прорезывания зуба, с целью уменьшения ретенции пищи в естественных углублениях зубов и облегчения гигиены. После очищения (инвазивным либо неинвазивным способом), фиссуры заполняются текучим материалом. Так как слой материала очень мал, необходимо следить и профилактировать возможные сколы.

Стоматологическое лечение кариеса может включать: устранение микроорганизмов с поверхности зубов (профессиональная гигиена); реминерализующую терапию; фторирование твердых тканей зубов; сохранение по мере возможности здоровых твердых тканей зуба, при необходимости иссечение патологически измененных тканей с последующим восстановлением коронки зуба твердеющими пломбировочными материалами или коронками.

Лечение кариеса молочных зубов у детей не ограничивается только стоматологическим лечением и включает в себя следующие мероприятия: устранение факторов, обуславливающих процесс деминерализации; рекомендации по правильной диете и режиму питания ребёнка, а также профилактические осмотры у стоматолога не реже одного раза в три месяца; предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы пораженного кариесом зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы; предупреждение развития патологических процессов и осложнений; повышение качества жизни детей.

При большом разрушении молочного зуба, после лечения пульпита, при циркулярном кариесе и в случае отсутствия зачатка постоянного зуба рекомендовано восстановить утраченные ткани коронкой. Коронка выполняет функцию равномерного распределения жевательной нагрузки, защищает зуб от дальнейшего разрушения и осуществляет полную герметизацию для исключения вероятности возникновения повторного кариеса. Также вовремя установленная коронка спасет зуб от преждевременного удаления и от дальнейшего смещения зубов, логопедических проблем и аномалий прикуса.

В процессе лечения может использоваться обезболивание (анестезия). Препараты, применяемые в современной стоматологии, делают процедуру безболезненной. Время обезболивания зависит от способа анестезии и количества введенного препарата. Некоторые пациенты испытывают болезненные ощущения при введении анестетика, это зависит от индивидуального болевого порога пациента. Применяемое в ходе лечения анестезиологическое пособие может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами медицинской услуги: покраснению, гематоме (кровоизлиянию) в месте укола, эрозии в месте укола, аллергической реакции на обезболивающее вещество (сыпи, отёку мягких тканей, анафилактическому шоку), токсической реакции на обезболивающее вещество (тошноте, головокружению, кратковременной потере сознания, нарушению координации), шоку, коллапсу.

На усмотрение врача при необходимости для проведения эндодонтического лечения может быть использован операционный микроскоп, что обеспечивает увеличение и лучшую визуализацию клинической картины и повышает вероятность успеха и тщательность лечения, но не даёт 100% гарантии, т.к. успех лечения во многом зависит от клинической картины на момент обращения, анатомических особенностей и состояния организма в целом.

Предварительная оценка состояния здоровья ребёнка проводится с целью уточнения клинической картины, выявления особенностей зубочелюстной системы, избежания возможных осложнений медицинского вмешательства, включает сбор анамнеза, осмотр полости рта для выявления его анатомических особенностей, выполнение рентгенодиагностического исследования зубочелюстной системы ребёнка, в некоторых случаях могут быть выполнены прицельные снимки и другие исследования. При необходимости ребёнок направляется на лечение, в ряде случаев включающее приём антибиотиков.

Лечение кариеса у детей может проводиться в несколько посещений врача-стоматолога. Предполагаемые сроки данного лечения - _____

Окончательное решение по тактике лечения кариеса зависит от клинической картины. После завершения каждой лечебной процедуры рекомендуется не принимать пищу и не полоскать рот в течение 2 часов (если нет иных рекомендаций). Необходимо ограничение потребления пищевых продуктов и напитков с низкими значениями pH (соки, газированные напитки), уменьшение частоты потребления продуктов и напитков, содержащих легкоусвояемые углеводы, тщательное полоскание рта после их приема. У детей в возрасте до 3 лет особенно важно исключить употребление сахаросодержащих напитков и продуктов (молочные смеси, йогурт, кефир) в ночное время. Также важно ограничение времени пребывания углеводов в полости рта (исключить сосательные, жевательные конфеты).

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, все интересующие меня вопросы мною заданы доктору, полученные ответы и разъяснения мне понятны. Я осознаю, что любые медицинские процедуры и манипуляции связаны с риском. Я понимаю необходимость обязательного присутствия родителей (одного из родителей, законного представителя) при проведении любых медицинских процедур моему ребенку.

Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если пациент не найдет возможности лежать неподвижно и будет шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы, повреждения лица и мягких тканей. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я понимаю, что в некоторых ситуациях, может возникнуть необходимость подключить к лечению ребенка специалистов из других медицинских учреждений, а также направить пациента в другие медицинские учреждения для прохождения дальнейшего лечения. Я понимаю и даю свое согласие на изменение плана лечения в процессе прохождения лечения, если это будет сделано для блага моего ребенка по медицинским показаниям. В таких ситуациях может измениться стоимости медицинских услуг. Я понимаю, что при оказании любого вида медицинской помощи могут появиться обстоятельства, не известные либо не прогнозируемые в начале лечения.

Я доверяю врачу в выборе материалов и методов лечения. В процессе лечения каждого зуба может возникнуть необходимость эндодонтического лечения (удаления нерва и лечения корневых каналов) или удаления зуба, что может увеличить сроки и стоимость лечения.

Хотя эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой, и поэтому нет стопроцентной гарантии успеха. Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя гарантировать, что зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Врач разъяснил мне возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения.

Я понимаю необходимость рентгенологической диагностики и контроля качества лечения. В будущем обязуюсь приводить моего ребенка на контрольные осмотры (по графику, составленному врачом).

Я понимаю, что кариес молочного зуба (зубов) обязательно должен быть вылечен. Полное количество молочных зубов формирует правильные размеры челюстей. Если молочные зубы разрушаются кариесом и выпадают (или удаляются) раньше времени, челюсть не может сформироваться правильно. **Что в свою очередь с высокой вероятностью приведет к неправильному прикусу в будущем, искривлению зубов, некрасивому их расположению.** Кариес на молочных зубах может осложниться пульпитом и периодонтитом, из-за которых могут появляться кисты в прикорневой зоне, а также поражаться зачаток постоянного зуба. *Также периодонтит у ребенка может превратиться в периостит, остеомиелит, абсцесс или флегмону. Процент осложнений кариеса и скорость их возникновения у детей выше, чем у взрослых.*

Я понимаю, что в отдельных случаях может потребоваться ортодонтическое лечение (профилактика аномалий прикуса). Я проинформирован(а) о возможных осложнениях в полости рта, в области челюстей и височно-нижнечелюстных суставов как в случае отказа от лечения, так и в случае его проведения. Я доверяю врачу в выборе ортодонтического аппарата. Я ознакомлен(а) с примерными сроками лечения, согласен(а) с их возможным увеличением в силу индивидуальной реакции организма на процесс лечения, а также индивидуальной клинической картины. Я понимаю, что, несмотря на качественно проводимое лечение, соответствующее современным знаниям стоматологической науки, нельзя исключать побочные явления и осложнения.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов, мне необходимо следить за тем, чтобы мой ребенок исполнял все назначения, рекомендации и советы врача-стоматолога.

Я понимаю, что необходимо посетить врача-гигиениста с целью обучения ребенка домашней гигиене полости рта.

Мне объяснили, и я понимаю, что применение современных профилактических средств и регулярные профилактические осмотры минимизируют риски развития кариеса и его осложнений, но не гарантируют полностью отсутствие возникновения кариеса.

Я понимаю 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 происходит быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями и обильным кровоснабжением челюстно-лицевой области).**

Возможные исходы проводимого лечения:

- улучшение клинической ситуации в полости рта;
- стойкая ремиссия заболевания (заболеваний) ротовой полости;
- кратковременный положительный результат лечения;
- отсутствие эффекта лечения.

Эффективность лечения либо отсутствие эффекта непосредственно связаны с первоначальной клинической ситуацией (до начала лечения), общим состоянием организма пациента, работой иммунной системы, а также с регулярным правильным выполнением рекомендаций по домашней гигиене и лекарственной терапии (в случае назначения), изменением питания, наличием или отсутствием вредных привычек.

Я понимаю, что ребёнку может понадобиться обезболивание и даю согласие на проведение анестезии. Выбор метода анестезии и препаратов доверяю врачу ООО «ЮККИДЕНТ».

Я понимаю, что возможны 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 тканей значительно снижена, ребенок может травмировать (накусывать себе) щеки, губы,

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

Я подтверждаю, что анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о здоровье ребенка. Я предоставил(а) сведения обо всех травмах, операциях, заболеваниях, о постоянно и периодически принимаемых лекарственных средствах (инъекциях, мазях, назальных/глазных каплях, пищевых добавках, витаминах), назначенных врачами другого лечебного учреждения или принимаемых самостоятельно. Мне известно, что не предоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства, и я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я доверяю лечащему врачу и медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения здоровья пациента.

Я предоставляю ООО «ЮККИДЕНТ» право вести фото- и видеопрокол манипуляций по выбору врача(ей), использовать, обрабатывать, хранить, дублировать, анализировать изображения зубов и лица ребенка, включая рентгенологические снимки, срезы КТ на сайтах в сети Интернет, для контроля качества лечения, для научных публикаций и в программах обучения врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. пациента).

Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии, в случае несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишаю врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.

Я осознаю, что возможны осложнения после постановки пломбы:

- выпадение пломбы;
- воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения; если слой дентина тонкий, в этом случае потребуется: а) снять поставленную пломбу; б) провести лечение осложненного кариеса временного зуба; в) поставить новую пломбу; г) удалить временный зуб при нарастании явлений воспаления.

Я осведомлен(а) о последствиях отказа от лечения, об альтернативных методах лечения и о возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после лечения.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Пациент _____

(ФИО пациента либо законного представителя)

_____ (подпись пациента либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г.

Врач _____ ((Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество)) {ТекущаяДатаПолная} г.

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Пациент _____ (ФИО пациента либо законного представителя)

_____ (подпись пациента либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г.

Врач _____ ((Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество)) {ТекущаяДатаПолная} г.