

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение лечения пульпита молочного зуба

(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 пульпита молочного зуба (удаление зуба, восстановление зуба, другое вмешательство: _____)

пациенту _____

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительском 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 предстоящем лечении: пульпит зуба — это процесс воспаления в пульпе (сосудисто-нервном пучке) зуба. Возникает вследствие попадания в пульпу различных раздражителей, например, микроорганизмов. Как правило, является осложнением кариеса либо возникает в результате травмы зуба (перелома или повреждения коронки зуба).

Целью стоматологического лечения пульпита молочного зуба является устранение имеющегося заболевания с сохранением молочного зуба в зубном ряду для правильного формирования челюстно-лицевой области.

Лечение пульпита молочного зуба проводится без гарантийных обязательств клиники.

В ходе лечения на любом этапе может потребоваться изменение плана и объема лечения, а именно: удаление зуба в случае появления боли, отека или ухудшения общего самочувствия ребёнка.

Лечение пульпита молочных зубов осуществляется хирургическим способом. Хирургический способ лечения пульпита молочного зуба может быть осуществлён в два этапа. При первичной процедуре проводится обезболивание, осуществляется вскрытие каналов зуба с одновременной антисептической обработкой воспалившегося канала. Впоследствии на дно полости закладывается девитализирующий препарат с целью некротизации инфицированных тканей, кариозная полость закрывается временной пломбой.

В дальнейшем при отсутствии воспалительных реакций и жалоб пациента, происходит удаление пульпы из коронки и из корня зуба. Внутренние полости зуба повторно обрабатываются антибиотиками, канал корня зуба, кариозная полость под рентгенографическим контролем заполняется пломбировочным материалом.

Альтернативными способами хирургического двухэтапного лечения пульпита молочных зубов являются:

- хирургическое лечение пульпита молочного зуба в одно посещение с учётом стадии развития корней зуба (ещё не сформированы, сформированы, уже начали рассасываться). При этом производится витальная ампутация (удаление живого «нерва») и осуществляется пломбировка канала. Указанная процедура осуществляется под местной анестезией;

- применение девитализирующей пасты, вызывающей омертвление пульпы и устраняющей имеющееся воспаление с дальнейшим очищением и пломбировкой зубного канала.

В процессе лечения пульпита молочного зуба в области больного зуба возможно появление приступообразных болей различной интенсивности, особенно в ночное время, усиливающихся при приёме холодной, горячей, острой или грубой пищи, болезненность по всему ходу соответствующей ветви тройничного нерва (боль достигает виска, затылка, уха или распространяется на соседние зубы).

При большом разрушении молочного зуба, после лечения пульпита на оставшиеся тонкие хрупкие стенки рекомендовано установить коронку. 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.

Стоматологическое лечение пульпита молочного зуба производится под местной анестезией, применение которой может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами медицинской услуги – гематоме (кровоизлиянию) в месте укола, эрозии в месте укола, отлому иглы, аллергической реакции на обезболивающее вещество (сыпь, отёку мягких тканей, анафилактическому шоку), токсической реакции на обезболивающее вещество (тошноте, головокружению, боли в горле, дрожи, зуду, кратковременной потере сознания, нарушению координации, конъюнктивиту, риниту, ангионевротическому отеку различной степени выраженности). На усмотрение врача при необходимости для проведения эндодонтического лечения может быть использован операционный микроскоп, что обеспечивает увеличение и лучшую визуализацию клинической картины и увеличивает 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.

Предполагаемые сроки данного лечения - _____

В случае отказа от лечения пульпита молочных зубов у ребёнка возможно развитие осложнений с поражением корня зуба, пародонтита (воспаления окружающих зуб тканей с поражением кости), периостита (воспаления надкостницы или флюса), развитие иных патологий зубочелюстной системы, образование в области зуба и десны кист и гранулём, появление неприятного запаха изо рта, а также необходимость удаления зуба. При этом ранее удаление молочных зубов может привести к затруднению или нарушению сроков прорезывания основного зуба, прорезыванию новых зубов не на своём месте, поворотам постоянных зубов по оси, смещению нижней челюсти, обуславливающих стойкую аномалию

прикуса, развитие логопедических дефектов речи. Кроме того, отсутствие зуба влияет на нормальное пережевывание пищи, развитие прикуса, дикции, лицевого скелета, обуславливает формирования косметических недостатков.

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.

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 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 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 в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения. *Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.*

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.