

ООО «Студия Улыбок» строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
- Федеральным законом «О защите прав потребителей»;
- современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

**Информированное добровольное согласие  
на проведение медицинского вмешательства  
Лечение осложненных форм кариеса молочных зубов**

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 проведения лечения.

1. Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что лечение ребенка будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_.  
В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Возможность коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно:

- удаление пораженного зуба (пораженных зубов);
- непроведение лечения;

2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование воспалительного процесса; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма; развитие осложнений (у детей оно происходит быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области).

2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок может накусать щеки, губы.

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

2.9. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно:

- определенный процент (5-10) неэффективного лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;
- необходимость хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба.

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

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

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

4. Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;

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

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования:

- получение прицельного компьютерного снимка;
- консультация врача иного профиля.

Мною были заданы доктору 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 неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению ребенка на предложенных условиях.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_  
(подпись пациента)

/ \_\_\_\_\_ /  
(ФИО полностью)

Подпись врача: \_\_\_\_\_  
(подпись врача)

/ \_\_\_\_\_ /  
(ФИО)