

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
«Восстановление молочных зубов коронками»

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.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
являюсь законным представителем _____
ФИО несовершеннолетнего пациента _____
, дата рождения Пациента: _____

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику, предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на восстановление молочных зубов в соответствии с планом лечения.

Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

Восстановительное лечение коронками показано при сильном разрушении молочного зуба. Это помогает сохранить жевательную функцию зуба и предотвратить нарушение прикуса, дикции, при развитии лицевого скелета.

Установка коронки проводится под местной анестезией, и не занимает много времени. Зуб не требует сильного обтачивания. Выбирается и подгоняется соответствующая коронка либо снимается слепок, если используется лабораторный метод изготовления. Готовая коронка фиксируется.

Коронки для молочных зубов бывают:

- Временные, которые применяют для защиты пульпы на некариозных зубах (например, при наличии сколов) или для укрепления несъемных ортодонтических конструкций.
- Постоянные коронки используют для защиты зуба от разрушения кариесом.

Показания к использованию коронок:

1. В случае значительного разрушения нескольких поверхностей зуба.
2. После лечения пульпита методом пульпотомии, а также пульпоэктомии.
3. Реставрация зубов с пороками развития.
4. Реставрация зубов у детей с высокой активностью кариозного процесса.
5. Реставрация сломанных временных зубов.
6. Конструкция для сохранения интервала между зубами.
7. Бруксизм.
8. Гипоплазия постоянных моляров.

Противопоказания к восстановлению молочных зубов коронками:

- Состояние после лучевой терапии.
- Психологическое состояние пациента и нахождение в стрессовой ситуации.
- Плохое соблюдение пациентом гигиенических мероприятий.
- Острые стадии вирусных и иных воспалительных заболеваний.
- Аллергическая реакция на используемые материалы.

Я осведомлен/а/ о последствиях отказа от данного лечения и об альтернативных методах лечения.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии для обезболивания медицинских манипуляций на заболевшем зубе.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти.

Я проинформировал/а/ лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также обо всех имеющихся заболеваниях.

Я информирован/а/ о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен/а/ на их проведение.

Мне разъяснена необходимость, как во время лечения, так и после его окончания приходить на назначенные врачом контрольные осмотры и профилактические мероприятия, соблюдать гигиену полости рта.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему 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 моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я 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 даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Беседу провел врач _____ / _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент согласился на медицинское вмешательство _____ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства _____ (подпись)