



Уважаемые родители!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступить ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА НА РЕСТАВРАЦИЮ МОЛОЧНОГО ЗУБА КОРОНКОЙ

1. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**
2. Согласно ч. 2 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **в отношении лица, не достигшего возраста 15 лет**, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей либо иной законный представитель.

**Реставрация временных зубов коронкой** – это восстановление коронковой (наддесневой) части зуба с целью сохранения его функциональности до физиологической смены.

### Виды коронок:

- **в зависимости от целей:** временные, применяемые на некариозных зубах, например, с отломанным режущим краем (с целью сохранения жизни пульпы), а также для укрепления несъемных ортодонтических аппаратов, и постоянные коронки, которые устанавливают на пораженные кариесом зубы с целью предохранения их от дальнейшего разрушения;

- **в зависимости от материалов**, из которых изготовлена коронка: металлические (нержавеющая сталь или никельхромовый сплав, применяются на молярах), композитные (коронковая часть зуба формируется с помощью специального колпачка (формочки для композита) - применяются на резцах.

**Альтернативные варианты:** удаление зуба.

### Методики восстановления зубов:

#### 1. Восстановление зуба металлической коронкой.

**Процедура:** для восстановления временных зубов металлической коронкой не требуется снятия слепков и, как правило, почти не требуется обработки зубов. В процессе реставрации используются специальные наборы стандартных металлических коронок, которые корректируются врачом стоматологом под размер и форму зуба ребенка. Зуб очищается от налета, удаляются кариозные ткани, после чего, при необходимости, слегка шлифуется. Острые края коронки обрабатываются специальным бором, после чего коронка устанавливается в полость рта на специальный цемент.

**Возможные дискомфортные состояния:** лечение, как правило, безболезненное, дискомфорт могут вызвать работа доктора и ассистента в четыре руки, работа слюноотсоса и стоматологического пылесоса, а также необходимость пребывания в кресле стоматолога в течение 40 минут.

**Прогнозы:** сохранение зуба до его физиологической смены.

#### 2. Восстановление зуба strip-коронкой (композитом).

**Процедура:** под анестезией, зуб изолируется с помощью коффердама. Предварительно проводится тщательное удаление всех кариозных тканей и зубного налета, затем укорачивают коронковую часть зуба на 0,5 мм. Колпачок, предварительно заполненный композитом, надевают на подготовленный зуб, после чего композит полимеризуют под действием света. После завершения фотополимеризации колпачок удаляют с зуба зондом. Отреставрированный зуб шлифуют и полируют, после чего повторно полимеризуют материал в течение 40 секунд с каждой стороны реставрации. Колпачок выбирается врачом из специального набора, содержащего типовые «формочки» зубов на нижнюю и верхнюю челюсть.

**Возможные дискомфортные состояния:** лечение, как правило, безболезненное, дискомфорт могут вызвать работа доктора и ассистента в четыре руки, работа слюноотсоса и стоматологического пылесоса, а также необходимость пребывания в кресле стоматолога в течение 40 минут.

**Прогнозы:** сохранение зуба до его физиологической смены.

Я, \_\_\_\_\_  
даю согласие на профилактические стоматологические манипуляции в отношении моего ребенка

врачом \_\_\_\_\_

В ООО «Филатовская клиника»

Биологические особенности организма пациента и их влияние на результат лечения: \_\_\_\_\_

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы отсутствуют.

Вопрос № 1 \_\_\_\_\_

Ответ № 1 \_\_\_\_\_

Вопрос № 2 \_\_\_\_\_

Ответ № 2 \_\_\_\_\_

Вопрос № 3 \_\_\_\_\_

Ответ № 3 \_\_\_\_\_

Я понимаю цель и назначение описанной манипуляции, а также цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала. Я понимаю, что возникновение указанных осложнений, таким образом, не является следствием некачественно оказанной мне услуги (дефектом медицинской услуги).

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат лечения. Я понимаю также, что прогноз выздоровления (улучшения моего состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии моего ребенка к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства в отношении моего ребенка согласно поставленному мне диагнозу и Прейскуранту цен на данные услуги.

Я даю согласие на фотосъемку в процессе лечения и возможное использование фотоматериалов в научных и рекламных целях.

Я даю согласие на то, что в процессе лечения ряд манипуляций может выполняться сертифицированными специалистами клиники под контролем лечащего врача.

Я понимаю, что настоящее Информированное согласие является юридическим документом. Подписывая его, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой моему ребенку услуги.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций, а также дальнейшего соблюдения рекомендаций врача.

Подпись пациента или законного представителя:

\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Подпись врача:

\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.