



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 поступиться 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 ОПЕРАЦИЮ УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНОГО (ВРЕМЕННОГО) ЗУБА

- Согласно ч. 1 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.
- 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.

Удаление временного зуба - хирургическая операция, при которой специальными манипуляциями проводится разрушение пародонтальной связки молочного зуба и зуб удаляется из альвеолы. Особенности удаления временных зубов у детей связаны с периодами их развития: прикус молочных зубов (временный прикус), сменный прикус (одновременное наличие молочных и постоянных зубов).

Методика удаления: под местной анестезией (при необходимости) путем наложения специальных детских щипцов для конкретной группы зубов производится аккуратное извлечение зуба из десны, зуб осматривается на предмет наличия всех корней, лунку удаленного зуба прикрывают марлевым тампоном.

Возможные риски (неблагоприятные последствия): перелом коронки или корня удаляемого зуба; проталкивание корня зуба в мягкие ткани; повреждение десны и мягких тканей полости рта; кровотечение в момент удаления зуба и в отдаленный период (луночковое); преждевременное удаление временного зуба может привести к сужению небной дуги, неправильному

размещению постоянных зубов и необходимости ортодонтического лечения в будущем.

Возможные дискомфортные состояния: манипуляция, как правило, безболезненная (под анестезией), дискомфорт могут вызвать работа доктора и ассистента в четыре руки, работа слюноотсоса и стоматологического пылесоса, а также необходимость пребывания в кресле стоматолога в течение 30 минут, после лечения в течение часа-двух возможно чувство онемения области зуба, щеки, языка; возможны болевые ощущения после прекращения действия анестезии, в особенности, в первые 1-2 часа после операции; возможен отек десны и мягких тканей лица в области удаленного зуба; возможно затрудненное открывание рта и боли при глотании (проходит на 3-4 день после удаления); возможно появление синяка или гематомы на коже в области удаленного зуба; кратковременное повышение температуры тела.

Альтернативные варианты: отсутствуют.

Предполагаемые результаты: как правило, лунка зуба заживает в течение 5-7 дней.

Я, _____ даю согласие на удаление _____ молочного зуба 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 либо части текста 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 вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала.

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат манипуляции. Я понимаю также, что прогноз об исходе заболевания (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 согласно поставленному моему ребенку диагнозу.

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения.

Подпись законного представителя пациента:

ФИО _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись врача:

ФИО _____

« _____ » _____ 20 _____ г.