

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ (МОЛОЧНЫХ) ЗУБОВ**

(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, {{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.дата\_рождения\_год}}

(*ФИО полностью*), *года рождения*

проживающий (ая) по адресу: {{пациент.адрес}}

{{% if пациент.представитель\_имеется %}}

*Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан*

Я, {{пациент.представитель\_фио}}

Паспорт: {{пациент.представитель\_документ\_номер}} выдан {{пациент.представитель\_документ\_выдал}}

*являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:*

{{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.дата\_рождения\_год}}

(*ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения*)

{{% else %}} {{% endif %}}

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство по удалению молочного зуба моему ребенку будет проводить врач стоматолог-{{визит\_на\_прием.специалист.специализация}} {{визит\_на\_прием.специалист.фио\_полное}} (далее по тексту врач) (должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

**Я подтверждаю, что мне подробно разъяснены показания к удалению молочных зубов у детей:**

- запущенный кариес зубов, не оставляющий возможности для восстановления зубной коронки;
- сложные формы заболеваний зубных и околозубных тканей (периодонтит, пульпит), несущие риск гибели зачатков коренных зубов;
- наличие свищей в десневых тканях, не поддающихся лечению другими методами;
- позднее рассасывание корня молочного зуба, мешающее прорезыванию постоянного зуба;
- случаи, когда коренной зуб прорезался, а временный все еще прочно удерживается на своем месте.

**Мне также разъяснены противопоказания к удалению молочных зубов у детей:**

- детские инфекционные заболевания, такие как ветрянка, коклюш, скарлатина. Также противопоказаниями могут стать грипп, ангина, ОРЗ;
- острые воспалительные заболевания ротовой полости: стоматит, гингивит, кандидоз;
- наличие заболеваний, вызывающих нарушения свертываемости крови (лейкозы, гемофилия);
- наличие гематом в области, где расположен подлежащий удалению молочный зуб;
- тяжелые состояния здоровья, связанные с такими заболеваниями, как эпилепсия, порок сердца, сердечная недостаточность.

**Мне разъяснены рекомендации необходимые после удаления молочного зуба:**

- нельзя пить и принимать пищу на протяжении 2-х часов;
- в течение примерно 2-3 дней желательно проводить полоскание рта антисептическими растворами после еды и перед сном;
- пока происходит заживление лунки желательно избегать приема острой, соленой или излишне горячей пищи;
- следует проследить, чтобы ребенок не пытался дотрагиваться до лунки руками или различными предметами.

**Мне разъяснены возможные осложнения после удаления молочного зуба:**

Нормой считается проявление следующих симптомов:

- десна у ребенка после удаления зуба побаливает;
- присутствует отек, который может оставаться на протяжении от 1 до 3 дней;
- слабое кровотечение (на следующий день после удаления зуба слюна может быть чуть красноватой).
- невысокая температура после удаления зуба (может быть вызвана переживаниями и нервным перенапряжением ребенка).

**Мне разъяснено, что, необходимо немедленно обратиться к врачу при обнаружении у ребенка следующих признаков:**

- флюс после удаления зуба, препятствующий глотанию, дыханию и движению мышц;
- длительное кровотечение;
- сильная и длительная боль в десне, которая не проходит даже после приема обезболивающего;
- после удаления зуба поднялась температура выше 38 градусов;
- после удаления зуба рези в животе, рвота.

Мне разъяснено, и я понимаю, что риск не удаления зуба (зубов) может привести к таким осложнениям как сильное разрушение коронки молочного зуба и невозможность восстановления зуба; образование кисты на корне молочного зуба; переход воспаления на зачаток постоянного зуба, что может привести к гибели его зачатка, которые гораздо опаснее, чем раннее удаление зуба.

Мне разъяснено, что с целью обезболивания медицинских манипуляций возможно применение местной инъекционной анестезии, в том числе совместно с медицинской седацией. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я информирован(а) что введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые

могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма ребенка.

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

Я проинформирован(а) о том, что моему ребенку может понадобиться рентгенологическое обследование, на что даю свое согласие.

Мне разъяснено, что в процессе проведения манипуляции по удалению молочного зуба несовершеннолетнему пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

{{пациент.фио\_полное}} , {{пациент.номер\_телефона}}

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

{{пациент.фио\_полное}} , {{пациент.номер\_телефона}}

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ {{пациент.представитель\_фио}} {{пациент.фио\_полное}} {{пациент.номер\_телефона}}

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ {{визит\_на\_прием.специалист.фио\_полное}}

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

#### **Я подтверждаю, что:**

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, направленных на сохранение зуба, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован(а), что в ряде конкретных случаев удаление зуба является единственным способом лечения.

Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от проведения манипуляции по удалению зуба, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима назначенных врачом препаратов, бесконтрольное самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья ребенка.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение моему ребенку медицинского вмешательства.

{{пациент.представитель\_фио}} {{пациент.фио\_полное}}

(Ф.И.О. пациента, представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись)

{{визит\_на\_прием.специалист.фио\_полное}}

(Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_ (подпись)

{{документ.текущая\_дата\_дд\_мм\_ггг}} (дата оформления)