



Удаление пульпы (нерва) и лечение корневых каналов с последующим восстановлением зуба пломбой или коронкой (в зависимости от степени разрушения).

В ходе лечения при наличии показаний к расширению объема вмешательства может потребоваться изменение плана лечения, а именно: частичное или полное удаление пульпы (нерва).

Безопасность зоны медицинского вмешательства обеспечивается посредством применения коффердама, препятствующего проникновению в рабочую зону слюны, предотвращающего случайное попадание в дыхательные пути мелких инструментов и мелкодисперстных отходов и их заглатывание, защищающего слизистую оболочку от воздействия применяемых в процессе лечения зуба веществ.

Гарантия на лечение фотополимерной пломбой- постоянных зубов 1 год (временных зубов -6мес), при полной санации всей полости рта и регулярных профилактических чистках 2 раза в год

Гарантия на лечение фотополимерной пломбой постоянных и временных зубов - 6 месяцев, при не полной санации всей полости рта.

Гарантия на лечение цементной пломбой постоянных и временных зубов -3месяца

Мне объяснены в доступной и понятной форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые дополнительные исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

Мне объяснены альтернативные варианты, а именно: -удаление пораженного зуба (зубов); -отказ от проведения лечения.

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:

- прогрессирование воспалительного процесса, развитие осложнений: пульпита (воспаление сосудисто-нервного пучка зуба), периодонтита (воспаление окружающих зуб тканей с поражением кости, вплоть до выраженного отека), периостита (воспаление надкостницы), развитие иных патологий (абсцесса, флегмоны, снижение иммунитета);

- появление или нарастание болевых ощущений;

- потеря зуба;

Я осведомлен(-а) о последствиях отказа от лечения моего ребенка, об альтернативных методах лечения и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после лечения моего ребенка:

1. При лечении с сохранением пульпы возможно появление болевых ощущений в течение нескольких дней, при этом врач будет вынужден провести удаление пульпы и лечение корневых каналов.

2. Появление болей может возникнуть в более отдаленный период, при этом врач будет вынужден провести удаление пульпы и лечение корневых каналов.

3. При игнорировании симптомов воспаления пульпы и своевременного обращения к врачу, а также нарушении графика контрольных осмотров, в последующем может обнаружиться некроз пульпы и воспаление околокорневых тканей – периодонтит.

Мне разъяснены возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно:

- определенный процент (5-10) неэффективного лечения зубов по причине индивидуальных особенностей и состояния общего здоровья моего ребенка.
- проведение хирургического вмешательства в районе тканей окружающих зуб, или даже удаление зуба.

Мне объяснено и я понял(-а), что существует вероятность того, что во время осуществления планируемого лечения выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее, вплоть до эндодонтического лечения или удаления зубов не поддающихся консервативному лечению, а также направление к другим специалистам (хирургу, пародонтологу и т.д.), и мне это известно.

Я достоверно информировал врача о состоянии здоровья моего ребенка, а также понимаю необходимость выполнения всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, необходимости коррекции характера и режима питания, проведения консервативного лечения, в котором он будет нуждаться, и визитов в указанные сроки.

Я подтверждаю, что мой ребенок не состоит (состоит) на учете у узких специалистов по заболеваниям, которые могут повлиять на процесс и результат лечения стоматологической патологии.

Я согласен(-а) на проведении рентгенографии при обследовании и лечении зубов, необходимой для полноценной диагностики и контроля проведенных лечебных манипуляций.

Я получил(-а) полную информацию о:

- технологии (методах) и материалах, которые будут использованы в процессе лечения;
- всевозможных исходах лечения, а также альтернативах предложенному лечению;
- сроках проведения лечения;
- стоимости отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Я понимаю, что стоимость лечения будет зависеть от варианта лечения моего ребенка. Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов) проводится в несколько этапов и оплачивается отдельно.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма.

Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

- 1.Предоставления услуг по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.
- 2.Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.

3. Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.

4. Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении.

5. Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. Рекомендации, памятка мною получены.

Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение моему ребенку местной инъекционной анестезии

\_\_\_\_\_.  
(наименование препарата)

С рекомендациями, планом лечения, режимом лечения ознакомлен, обязуюсь их выполнять.

Законный представитель √ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ФИО, подпись

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ФИО, подпись

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.