

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ВРЕМЕННОГО ЗУБА

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.

1. 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.**

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.

Кариес—это инфекционный патологический процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходят деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образованием дефекта в виде полости.

Целью предполагаемого лечения является: предотвращение дальнейшего разрушения тканей зуба, возникновения острой боли, восстановление формы и функции зуба, улучшение качества жизни пациента.

Альтернативные варианты: удаление зуба.

Методика лечения кариеса временного зуба:

1. Перед постановкой инъекционной анестезии всегда обезболивается место вкола иглы с помощью обезболивающих гелей или спреев. Используются препараты с низким содержанием анестезирующего вещества.

2. Лечение начинают с очищения зуба щеткой с пастой.

3. Щадящее удаление инфицированных пораженных тканей зуба проводят ручными инструментами, либо бормашиной с частыми перерывами.

4. Врач изолирует зуб от слюны с помощью ватных валиков или коффердама.

5. Реставрация утраченных тканей зуба (восстановление формы зуба) проводится светоотверждаемыми стеклоиономерными цементами и компомерами. Эти материалы в своем составе содержат фтор, который длительное время выделяется в ткани зуба и укрепляет его изнутри. Их можно вносить в полость одномоментно или большими порциями, что значительно сокращает время работы.

6. Шлифовка и полировка реставрации проводится с помощью специальных щеточек и резинок.

Длительность лечения: 20-40 минут.

Возможные дискомфортные состояния: лечение, как правило, безболезненное, дискомфорт могут вызвать работа доктора и ассистента в четыре руки, работа слюноотсоса и стоматологического пылесоса, вибрация и громкий звук работающей стоматологической установки, а также необходимость пребывания в кресле стоматолога в течение 30 минут; после лечения (под анестезией) в течение 20-40 минут возможно чувство онемения области зуба, щеки, губы, языка.

Возможные риски (неблагоприятные последствия):

1. Изменение цвета пломбы с течением времени в сравнении с цветом зуба, что не влияет на ее функциональные характеристики.

2. В процессе препарирования кариозной полости возможно обнаружение врачом распространения кариеса на корень зуба, что может потребовать лечения корневых каналов.

3. В течение нескольких лет или месяцев после лечения может развиваться воспаление или гибель (некроз) пульпы по причинам, не зависящим от действий врачебного персонала, что может потребовать повторного лечения зуба.

4. Травмирование десны в процессе препарирования зуба.

5. Осложнения, связанные с проведением анестезии.

Предполагаемые результаты: сохранение молочных зубов до физиологической смены, что обеспечивает правильное развитие челюстей, прикуса, лицевых пропорций ребенка, своевременное и правильное развитие речи.

**Отказ от видов медицинских вмешательств (ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ВРЕМЕННОГО ЗУБА),
включенных в Перечень
определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской
организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО «СТОМАТОЛОДЖИКА» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств):

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

дата _____ Подпись _____ (ФИО)