

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение лечения пульпита молочного зуба**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о предоставляемых мне медицинских услугах и что я согласен (согласна) с названными мне условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (предпосылкой) начала лечения.
Приложение № 1 к договору возмездного оказания стоматологических услуг № _____*

Я, _____ (ФИО родителя, либо законного представителя) _____
согласнаюсь с тем, что лечение пульпита молочного зуба (удаление зуба, другое вмешательство: _____)

Пациенту _____ (ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительском подвале) _____

будет проводить врач-стоматолог _____ и другие врачи Исполнителя.

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем лечении: Пульпит зуба — это процесс воспаления в пульпе (сосудисто-нервном пучке) зуба. Возникает вследствие попадания в пульпу различных раздражителей, например, микроорганизмов. Как правило, является осложнением кариеса либо возникает в результате травмы зуба (перелома или повреждения «коронки зуба»).

Целью стоматологического лечения пульпита молочного зуба является устранение имеющегося заболевания с сохранением молочного зуба в зубном ряду для правильного формирования челюстно-лицевой области.

Лечение пульпита молочного зуба проводится без гарантийных обязательств клиники.

В ходе лечения на любом этапе может потребоваться изменение плана и объема лечения, а именно: удаление зуба в случае появления боли, отека или ухудшения общего самочувствия ребенка.

Лечение пульпита молочных зубов осуществляется хирургическим способом.

Хирургический способ лечения пульпита молочного зуба может быть осуществлен в два этапа. При первичной процедуре проводится обезболивание, осуществляется вскрытие каналов зуба с одновременной антисептической обработкой воспалившегося канала. Впоследствии на дно полости закладывается девитализирующий препарат с целью некротизации инфицированных тканей, кариозная полость закрывается временной пломбой.

В дальнейшем при отсутствии воспалительных реакций и жалоб пациента, происходит удаление пульпы из коронки и из корня зуба. Внутренние полости зуба повторно обрабатываются антибиотиками, канал корня зуба, кариозная полость под рентгенографическим контролем заполняется пломбирочным материалом.

Альтернативными способами хирургического двухэтапного лечения пульпита молочных зубов являются:

- хирургическое лечение пульпита молочного зуба в одно посещение с учётом стадии развития корней зуба (ещё не сформированы, сформированы, уже начали рассасываться). При этом производится витальная ампутация (удаление живого «нерва») и осуществляется пломбировка канала. Указанная процедура осуществляется под местной анестезией;

- применение девитализирующей пасты, вызывающей омертвление пульпы и устраняющей имеющееся воспаление с дальнейшим очищением и пломбировкой зубного канала.

В процессе лечения пульпита молочного зуба в области больного зуба возможно появление приступообразных болей различной интенсивности, особенно в ночное время, усиливающихся при приёме холодной, горячей, острой или грубой пищи, болезненность по всему ходу соответствующей ветви тройничного нерва (боль достигает виска, затылка, уха или распространяется на соседние зубы).

Стоматологическое лечение пульпита молочного зуба производится под местной анестезией, применение которой может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами медицинской услуги – гематоме (кровонезиянию) в месте укола, эрозии в месте укола, отлому иглы, аллергической реакции на обезболивающее вещество (сыпь, отёку мягких тканей, анафилактическому шоку), токсической реакции на обезболивающее вещество (тошноте, головокружении, боли в горле, дрожь, зуду, кратковременной потере сознания, нарушению координации, конъюнктивиту, риниту, ангионевротическому отёку различной степени выраженности). На усмотрение врача при необходимости для проведения эндодонтического лечения может быть использован операционный микроскоп, что обеспечивает увеличение и лучшую визуализацию клинической картины и увеличивает вероятность успеха и тщательность лечения, но не даёт 100% гарантии, т. к. успех лечения во многом зависит от клинической картины на момент обращения, анатомических особенностей и состояния организма в целом.

В случае отказа от лечения пульпита молочных зубов у ребёнка возможно развитие осложнений с поражением корня зуба, пародонтита (воспаления окружающих зуб тканей с поражением кости), периостита (воспаления надкостницы или флюса), развитие иных патологий зубочелюстной системы, образование в области зуба и десны кист и гранулём, появление неприятного запаха изо рта, а также необходимость удаления зуба. При этом риск её удаления молочных зубов может привести к затруднению или нарушению сроков прорезывания основного зуба, прорезыванию новых зубов не на своём месте, поворотам постоянных зубов по оси, смещению нижней челюсти, обуславливающих стойкую аномалию прикуса, развитие логопедических дефектов речи. Кроме того, отсутствие зуба влияет на нормальное пережевывание пищи, развитие прикуса, дикции, лицевого скелета, обуславливает формирование косметических недостатков.

Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если пациент не найдёт возможности лежать неподвижно и будет шевелиться, дергаться или плакать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы повреждения лица и мягких тканей. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предлагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Врач _____ (ФИО родителя, либо законного представителя) _____ Дата _____ г.

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Врач _____ (ФИО родителя, либо законного представителя) _____ Дата _____ г.