

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(установка коронки на молочный зуб)

Данное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства № 736 от 11.05.2023

Я, {Фамилия Имя Отчество Законного представителя}

Данный раздел заполняется при оказании услуг лицам, не достигшим 15-ти лет:

являясь законным представителем: {Фамилия Имя Отчество}

дата рождения ребенка _____

при оказании представляемому стоматологическим услугам в ООО «Терапия Красоты+» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – установка коронки на молочный(ые) зуб(ы).

Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемом медицинском вмешательстве и его методе: зубная коронка - ортопедическая конструкция, покрывающая коронковую часть зуба. Коронки могут изготавливаться из различных материалов (металлическая, циркониевая, композитная коронка). Коронки могут быть временные (применяют для защиты пульпы на некариозных зубах (например, при наличии сколов) или для укрепления несъемных ортодонтических конструкций) или постоянные (используют для защиты зуба от разрушения кариесом). Установка коронки может включать в себя: проведение рентгенологических исследований, применение местной анестезии, лечение кариеса, депульпирование зубов, сошлифовывание твердых тканей зуба, выбор готовой коронки, примерку, установку (фиксацию) коронки в полости рта, коррекцию и динамическое наблюдение лечащим врачом. Коронки имеют цементную фиксацию. Я подтверждаю, что со мной согласован выбор коронки, метод протезирования, используемые материалы, я понимаю необходимость соблюдения последовательности и сроков лечения. Продолжительность лечения, необходимость коррекции определяются лечащим врачом индивидуально по медицинским показаниям.

Альтернативные варианты: композитная реставрация, отказ от медицинского вмешательства.

Цель установки коронки на молочный зуб: восстановление формы зуба, защита поверхности от кариозного поражения и перелома, сохранение функций жевания, речи, предотвращение нарушений прикуса.

Основными последствиями отказа от установки коронки на молочный зуб могут быть: развитие кариеса и его осложнений, скол пломбы или собственных тканей зуба, перелом зуба, периодонтит, периостит, раннее удаление молочного зуба.

Я осознаю и мне разъяснено, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. Я согласен (согласна) на то, что вид и тактика медицинского вмешательства может быть изменена врачом по его усмотрению с целью обеспечения максимальной защиты организма во время медицинского вмешательства.

Возможные риски и осложнения: во время или после лечения: ощущение дискомфорта, боль, отечность, кровоточивость, травма десен, индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, повышенная чувствительность зубов после шлифовки, развитие воспалительного процесса; также могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к коронкам, чувства тошноты, нарушения функций глотания, жевания и речи; во время ношения: постепенное ослабление фиксации коронок, их деформация, перелом с попаданием элементов в желудочно-кишечный тракт и дыхательные

пути; при отсутствии надлежащего ухода за зубами и коронками возможно воспаление десны, проявление пародонтита и появление эстетически некрасивого смещения десны от края коронки (рецессия десны).

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и предотвратить, и которые не зависят в полной мере от квалификации, действий (бездействий) медицинского персонала. Я понимаю, что возникновение указанных осложнений, таким образом, не являются следствием некачественно оказанной мне услуги (дефектом медицинской услуги).

Я уведомлен(а), что наличие индивидуальных особенностей организма, не позволяющих пациенту полностью адаптироваться к качественно изготовленным и установленным коронкам, появление симптомов аллергии не являются гарантийными случаями, поскольку подобные осложнения предсказать до начала лечения невозможно, и они не являются следствием некачественно оказанной медицинской помощи. В этом случае замена коронок осуществляется платно.

Предполагаемые результаты: восстановление анатомической и эстетической целостности зубных рядов, основной функции зубочелюстной системы (пережевывание пищи), сохранение молочных зубов до смены постоянными. Я понимаю, что протезирование является вмешательством в биологический организм и как любое медицинское вмешательство не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Зубочелюстная система в течение жизни подвергается изменению, поэтому, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, может возникнуть необходимость коррекции либо переделки ортопедических конструкций. Я уведомлен(а), что коронки имеют эстетические и функциональные конструктивные особенности использования: ретенция (застывание) пищи, наличие видимых металлических частей.

Меня уведомили о рекомендациях по эксплуатации коронок, по уходу за полостью рта, отказу от вредных привычек, изменению режима и характера питания, необходимости регулярно приходить на контрольные осмотры и профессиональную гигиену полости рта не реже 1 раз в 6 месяцев.

Я проинформировал(а) врача обо всех сведениях, которые могут каким-либо образом повлиять на процесс и результат лечения, в т.ч. о наличии заболеваний (в т.ч. перенесенных), лечении в других медицинских организациях, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, обо всех случаях аллергии на лекарственные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время, сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических, токсических и психотропных средств. Я обязуюсь незамедлительно сообщать врачу обо всех изменениях здоровья представляемого.

Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора установки коронки на молочный(ые) зуб(ы), я имел(а) возможность полностью обсудить с врачом предстоящее медицинское вмешательство.

Также я информирован(а) о возможности получения бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских организациях. Я информирован(а), что ООО «Терапия Красоты+» НЕ участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мною прочитаны, разъяснены мне медицинским работником и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство – установка коронки на молочный(ые) зуб(ы) на описанных выше условиях и обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Я уведомлен(а) о том, что может потребоваться несколько посещений в зависимости от клинического случая. Я согласен (согласна), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем информированном добровольном согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной. Получения от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача во время прохождения лечения не требуется.

Согласен на установку коронки на молочный(ые) зуб(ы):

_____ (указать номер(а) зуба(ов))

Законный

представитель:

(Фамилия, инициалы законного представителя)

(подпись)

Врач:

(Фамилия, инициалы врача)

(подпись)