**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ В ГБУЗ МО «ПОДОЛЬСКАЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»**

**Амбулаторная карта №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Я (Ф.И.О. одного из родителей или законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проинформирован(а) о необходимости стоматологического лечения по поводу диагноза, указанного в Приложении.

Добровольно обращаясь в поликлинику, представляю полную имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии здоровья моего ребенка.

От сотрудников ГБУЗ МО «ПДСП» мною получена полная информация о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках государственной программы получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг моему ребенку и готов(а) их оплатить.

Даю добровольное согласие на проведение осмотра, выполнение необходимых диагностических исследований и мероприятий, необходимых при лечении моего ребенка.

1. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о предстоящем лечении:

1.1. Диагноз

1.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

1.3. Индивидуальный план лечения.

1.4. Возможность корректировки плана и технологии лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в ходе лечения, о чем меня уведомит врач.

1.5. Возможные альтернативные варианты, а именно

- удаление пораженного зуба (зубов);

- непроведение лечения;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, как-то: прогрессирование воспалительного процесса, переход воспаления на зачаток постоянного зуба; потеря зуба; появление/нарастание болевых ощущений; нарушения общего состояния организма; ускоренное развитие осложнений (у детей оно происходит быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области).

1.7. Возможные последствия местной анестезии, как-то: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции. После анестезии чувствительность тканей значительно снижена, поэтому ребенок может травмировать щеки, губы.

1.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков, как-то: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры.

1.9. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно:

- определенный процент (5-10%) неэффективного лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а также вследствие индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и общего состояния здоровья;

- необходимость хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба.

1.10. Лечение осложненных форм кариеса молочных зубов может проводиться в два или три посещения. Выбор методики лечения проводит врач с учетом всех существенных факторов.

1.11. После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление коронковой части зуба: постановка пломбы или коронки, если зуб разрушен более, чем на 1/2.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

3. Мне сообщены, разъяснены и согласованы со мной:

- технологии(методы) и материалы, которые будут использоваться при лечении;

- сроки проведения лечения.

4. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение индивидуальных профилактических рекомендаций лечащего врача.

5. Мне сообщено и понятно, что для лечения могут понадобиться дополнительно:

- рентгеновский снимок;

- консультация врача иного профиля.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я принимаю решение приступить к лечению ребенка на предложенных условиях.

Мое решение является свободным и добровольным, и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

**к ИДС на стоматологическое лечение детей**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Диагноз** | **Ф.И.О. врача** | **Подпись врача** | **Ф.И.О. законного представителя ребенка** | **Подпись законного представителя ребенка** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |