

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (удаление временного зуба(ов))

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 _____
(Ф.И.О. полностью)

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

являясь законным представителем (указать ф.и.о. ребенка):

дата рождения ребенка _____

при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг в ООО «ДЕНТИК ФЭМИЛИ» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – удаление временного (молочного) зуба(ов).

Удаление временного зуба является, как правило, простым хирургическим вмешательством и выполняется при помощи стоматологических хирургических щипцов. В редких случаях вмешательство может быть сложным: удаление непрорезавшегося (ретинированного) и/или неправильного расположенного (дистопированного) в челюсти зуба, а также удаление разрушенного зуба. **Альтернативные варианты:** отказ от медицинского вмешательства, зубосохраняющие операции (строго по показаниям). В ряде конкретных случаев удаление временного зуба является единственным способом лечения.

Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемом удалении зуба(ов) и его методе: в условиях местной инъекционной анестезии проводится удаление зуба путем люксации (раскачивания) и/или ротации (поворачивания) вокруг своей оси. Во время сложного удаления выполняется сегментация (разделение) зуба при помощи специальных инструментов, далее зуб удаляется по частям. После удаления на края лунки могут быть наложены сближающие швы.

Цель хирургического вмешательства: извлечение временного зуба из лунки вместе с корнем при невозможности или нецелесообразности его сохранения.

Основные показания для удаления временных зубов: потеря анатомической или функциональной ценности; наличие инфекционного процесса в прикорневой зоне и невозможность использования других методов лечения; перелом корня; большой скол коронки зуба; рассасывание корня больше чем на 1/2 его длины и подвижность зуба II—III степени; киста на корне; разрушение зуба кариесом с невозможностью восстановления; острые одонтогенные заболевания (гнойный периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит); ортодонтические показания для правильного формирования прикуса.

Основными последствиями отказа от удаления зуба(ов) могут быть: сильное разрушение коронки временного зуба и невозможность его восстановления; образование кисты на корне; переход воспаления на зачаток постоянного зуба, что может привести к гибели его зачатка, которое гораздо опаснее, чем раннее удаление зуба; появление и нарастание болевых ощущений; развитие инфекционных осложнений и иных заболеваний костной ткани, слизистой, зубов и полости рта.

Я осознаю и мне разъяснено, что во время удаления зуба(ов) и применения местной анестезии 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: боли в области удаленного зуба, которые могут носить иррадирующий характер; отек мягких тканей челюстно-лицевой области или увеличение имеющегося воспалительного отека при хирургическом вмешательстве в период обострения; гематома (синяк); альвеолит (воспаление лунки удаленного зуба); контрактура (ограничение при открывании рта) нижней челюсти после удаления; постэкстракционное луночковое кровотечение; перелом коронки или корня удаляемого зуба; перелом, вывих и удаление соседнего зуба; повреждение десны, слизистой и мягких тканей полости рта; проталкивание зуба или его корня в мягкие ткани, верхнечелюстную пазуху; прободение (перфорация) дна верхнечелюстной пазухи; перелом (отлом) участка альвеолярного отростка; вывих, перелом нижней челюсти; невралгия, невралгия нижнего луночкового нерва; онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти; повышение температуры тела; увеличение лимфатических узлов; травма зачатка постоянного зуба или его удаление.

Раннее удаление временных зубов способствует неверному формированию прикуса и создаёт неблагоприятные условия для развития челюсти; может повлиять на сроки прорезывания постоянных зубов: способствовать раннему или, наоборот, позднему прорезыванию в результате внутрикостного перемещения фолликулов постоянных зубов; является фактором риска развития кариеса постоянных зубов вследствие нарушения процессов минерализации; способствует смещению части ряда зубов, нарушению речевого развития, возникновению заболеваний ЖКТ.

Предполагаемые результаты: заживление лунки удаленного зуба в течение 14 дней при соблюдении рекомендаций врача. Я уведомлен(а), что для фиксации межзубного пространства (удержание места отсутствующего зуба) до прорезывания постоянного зуба может потребоваться установка ортодонтической и/или ортопедической конструкции.

Я также даю информированное добровольное согласие на применение местной анестезии. Местная анестезия – это временная потеря болевой чувствительности тканей в месте ее проведения вследствие блокады болевых рецепторов и проведения импульсов по чувствительным волокнам. Виды местной анестезии: в зависимости от способа ее проведения, местная анестезия может быть: неинъекционной (аппликация, спрей – используется перед инъекцией или при манипуляциях на слизистой) и инъекционной. Инъекционная анестезия бывает инфильтрационной (блокирует чувствительность в том месте, где происходит его введение) и регионарной: проводниковой (блокирует передачу нервного импульса к нерву либо группе нервов).

Альтернативные варианты: лечение без анестезии, отказ от лечения. Лечение с насильственным удержанием не является альтернативой, поскольку запрещено законодательством РФ.

Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемой анестезии и ее методе: местная анестезия проводится в области предстоящих медицинских манипуляций и предусматривает, в зависимости от вида, либо один или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества, либо аппликации анестезирующего вещества. Продолжительность действия местных анестетиков: от 15 минут до нескольких часов (в редких случаях – нескольких дней) в зависимости от вида и количества анестетика, а также индивидуальных особенностей организма.

Последствия отказа от местной анестезии: невозможность выполнения медицинского вмешательства, травматический шок.

Цель применения местной анестезии: облегчение боли при выполнении медицинских манипуляций, повышение качества результатов стоматологической помощи.

Абсолютные противопоказания к применению местной анестезии: инфицированность тканей в зоне предполагаемой анестезии, гиперчувствительность и/или аллергическая реакция на компоненты лекарственного вещества.

Относительные противопоказания к применению местной анестезии: В12-дефицитная анемия, метгемоглобинемия, пароксизмальная желудочковая тахикардия, мерцательная тахикардия, закрытоугольная глаукома, гипоксия, непереносимость сульфогрупп (особенно при бронхиальной астме), повышенная чувствительность к компонентам препаратов, дефицит холинэстеразы, почечная недостаточность, бронхиальная астма, сахарный диабет, гипертиреоз, артериальная гипертензия, психомоторное возбуждение.

Ощущения во время и после анестезии: болевые ощущения могут быть вызваны уколом иглы, однако носят кратковременный и терпимый характер. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, температурной, тактильной чувствительности в зоне обезболивания, а также к ощущению припухлости в этой области. Возможно, беспокойство, отмечающееся у детей младшего возраста, а также тех, кто, впервые испытывает ощущения онемения в связи с проведением местной анестезии в челюстно-лицевой области. Это связано, не с болезненными, а с незнакомыми и дискомфортными ощущениями, вызванными действием анестетика.

Возможные риски и осложнения: применение современных карпульных анестетиков, одноразовых игл максимально снижают риск развития осложнений. Однако в редких случаях в ходе проведения местной анестезии и в последующий период возможно развитие следующих осложнений: аллергические и токсические реакции на препарат (покраснение кожи, зуд, конъюнктивит, ринит, отек Квинке, крапивница, затруднение дыхания вплоть до анафилактического шока), обморок, синдром гипервентиляции, коллапс, гипертонический криз, обострение хронических сопутствующих заболеваний, травма нервных волокон/стволов, что приводит к потере чувствительности, невритам, невралгии, повреждение кровеносных сосудов, что может приводить к образованию гематом, в крайне редких случаях может произойти отлом инъекционной иглы, что потребует ее извлечения, а также может привести к потере чувствительности (парестезии), невралгии, возникновению воспалительного процесса в области инъекции. Инъекционная игла может травмировать мягкие ткани, что иногда приводит к образованию отека, появлению болезненных ощущений в области укола, ограниченности открывания рта. Эти проявления могут сохраняться от

нескольких минут до нескольких дней. В силу потери чувствительности до ее восстановления возможно неоднократное прикусывание пациентом мягких тканей губ или щек (во время приема пищи, при наличии вредных привычек, случайным образом, особенно, у детей), что, безусловно, является травмой и может привести к отеку, воспалению, появлению укушенных ран. Как правило, при соблюдении щадящего режима и отсутствии повторной травмы, это не требует лечения и проходит самостоятельно через несколько дней.

Прогнозируемый результат: эффективность современных анестетиков составляет 98,5-99%. Вместе с тем, обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

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 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 моего (представляемого) здоровья.

Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора удаления временного зуба(ов) и местной анестезии, 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 «ДЕНТИК ФЭМИЛИ» НЕ участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) с положениями статей 29–32 Закона № 2300-1 "О защите прав потребителей", в том числе с правом на отказ от исполнения договора, правом на уменьшение цены при обнаружении недостатков, правом на составление твердой сметы по моему требованию. Понимаю, что могу получить аналогичную медицинскую помощь бесплатно в рамках программы ОМС, о чем проинформирован(а) отдельно.

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 – удаление временного зуба(ов) и применение местной анестезии на описанных выше условиях и обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Согласен на удаление временного зуба(ов) и применение местной анестезии:

(указать номер(а) зуба(ов))

Пациент

(законный представитель):

(Фамилия, инициалы пациента/законного представителя)

(подпись)

Врач:

(Фамилия, инициалы врача)

(подпись)

Дата оформления:
