

**МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР  
ТОВ «МЕРЕЖА ЕСТЕТИЧНИХ КЛІНІК  
«АКУЛА»»**

Медична карта №

### **Інформована згода на проведення лікування, видалення молочних зубів**

Я, \_\_\_\_\_ - мати /батько /опікун  
дитини \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ р.н.,  
як особа, що за законом представляє інтереси цієї малолітньої особи, даю усвідомлену згоду на проведення  
дитині терапевтичного лікування та інших маніпуляцій, необхідних для лікування молочних зубів.

**Діагноз** (заповнюється лікарем): \_\_\_\_\_

Лікування буде проводити **лікар-стоматолог дитячий** \_\_\_\_\_

У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікуючого лікаря.

Своїм підписом я підтверджую, що до початку лікування мені у повністю зрозумілому та доступному вигляді  
була надана інформація стосовно стану здоров'я зубів та ротової порожнини дитини, поставленого діагнозу,  
можливого прогнозу, найбільш ефективних методів лікування, а також ризиків і ускладнень запланованих  
медичних втручань.

Я повністю зрозумів (ла) мету та характер медичних втручань, їх лікувальний ефект. Я мав (ла) можливість  
поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні, зрозумілі для мене відповіді.

**Лікар пояснив мені суть лікування та я усвідомив (ла) наступне:**

1. Існує декілька методик лікування ускладнених форм карієсу тимчасових зубів, а саме: видалення пульпи з коронкової частини зуба, а в кореневій частині зуба пульпа зберігається. Таке лікування не завжди ефективно і часом призводить до необхідності другого варіанту: видалення частини пульпи з кореня і з коронкової частини зуба, кореневі канали пломбуються лікарськими препаратами, які передбачають можливість резорбції кореня.
2. При лікуванні запального процесу в каналах молочного зуба не завжди вдається локалізувати вогнище запалення, що пов'язано з будовою періодонта молочного зуба і розсмоктуванням кореня зуба, і через якийсь час приходиться видалити молочний зуб. Гарантія на лікування каналів в даному випадку не дається.
3. При лікуванні зуба з втручанням в канали лікарю необхідно зробити кілька знімків, що гарантує якість пломбування каналів.
4. Альтернативними методами лікування є:
  - депульпація зубів;
  - видалення уражених зубів;
  - ремінералізація зубів;
  - відсутність лікування як такого.
5. Наслідками повної або часткової відмови від рекомендованого плану лікування можуть бути:
  - прогресування запального процесу;
  - перехід запалення на зачаток постійного зуба;
  - поява або наростання больових відчуттів;
  - втрата зуба;
  - деякі порушення загального стану організму;
  - розвиток ускладнень (у дітей воно відбувається швидше, ніж у дорослих, що зумовлено особливостями кровопостачання щелепно-лицевої ділянки).

6. Можливі ускладнення під час та після проведеного лікування:

- при застосуванні анестезії можливий набряк м'яких тканин, крововилив в місці уколу, зниження уваги, алергічні реакції. Оскільки після анестезії чутливість тканин значно знижена, дитина сама може травмувати щоки, губи їх прикушуванням;
- при прийомі анальгетиків і антибіотиків (у разі їх призначення) можливі алергічні реакції, зміна вітамінного, імунологічного балансів, порушення складу кишкової мікрофлори;
- існує певний відсоток (5-10%) неефективного лікування тимчасових зубів через їх анатомо-фізіологічну специфіку, а також індивідуальні особливості тимчасових зубів у конкретного пацієнта і стан його здоров'я з подальшим видаленням зубів;
- при лікуванні зубів з хронічними вогнищами запалення можливе загострення запального процесу;
- необхідність хірургічного втручання в районі м'яких тканин, що оточують зуб, або навіть видалення зуба;
- при видаленні зубів з хронічним запаленням і в стадії загострення процесу можлива тривала больова реакція.
- після лікування карієсу можлива поява запалення пульпи і больових відчуттів, при наростанні яких лікар змушений буде провести ендодонтичне лікування (лікування каналів зуба) і змінити уточнений діагноз з карієсу на пульпіт;
- загострення захворювання може виникнути і в більш віддалені строки, і це теж призведе до ендодонтичного лікування або видалення зуба;
- при ендодонтичному втручанні можлива поява больових відчуттів в зубі при накушуванні та жуванні.

**Зі мною узгоджені:**

1. Індивідуальний рекомендований план лікування дитини та підготовка до нього. Я розумію, що при даній клінічній ситуації дуже складно поставити точний діагноз (ступінь ураження зуба) і спланувати відповідне лікування, не вдаючись до втручання, в зв'язку з чим в ході лікування можливе уточнення діагнозу і корекція наміченого плану лікування, про що мене повідомить лікар. Остаточне рішення за планом лікування лікар може прийняти тільки після того, як проведе видалення всіх уражених карієсом тканин зуба (зубів).
2. Методи та способи запропонованого лікування, а також стоматологічні матеріали та лікувальні засоби, що будуть використовуватися в процесі лікування.
3. Вартість лікування. Я розумію, що вартість лікування залежить від того, який варіант лікування буде можливий і визначиться тільки в процесі лікування за фактом наданих послуг і погоджуюся з цим.
4. Строки проведення лікування. Я розумію, що лікар не може передбачити емоційну реакцію дитини на виконання маніпуляцій при лікуванні зубів, тому неможливо точно передбачити тривалість лікування, кількість необхідних відвідувань, можливість завершення планованого етапу лікування під час поточного відвідування. Звичайно лікування карієсу відбувається в одне відвідування; лікування пульпіту - від 1 до 3 відвідувань; лікування періодонтиту - від 3 до 5 відвідувань. Мене також попереджено, що строки лікування можуть бути продовжені у випадку нерегулярного відвідування, невиконання рекомендацій лікаря або через біологічні особливості стану тканин ротової порожнини.

**Я повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:**

1. Мені відомо, що медична практика не може абсолютно у всіх випадках гарантувати досягнення цілей втручання у зв'язку зі складністю та індивідуальними особливостями організму людини. Ніхто не може передбачити точний результат запланованого лікування при лікуванні ускладненої форми карієсу, після лікування можливий ризик появи ускладнення у вигляді пульпіту, періодонтиту, перелому зуба, перфорації стінки кореня або зуба.
2. Я усвідомлюю, що успішність лікування залежить, зокрема, від психологічної налаштованості дитини на лікування та її спокійної поведінки на прийомі у лікаря. Якщо дитина веде себе неспокійно (крутиться, закриває рота, розмовляє та кричить під час маніпуляцій в порожнині рота), то лікування за таких умов може не дати очікуваних результатів.
3. У разі, коли при постановці пломби дитина рухлива, можливе потрапляння слини під пломбу, що погіршує її фіксацію. Якщо лікар обумовлює з батьками, що дитина поводитиметься на прийомі недостатньо спокійно і фіксує це в карті, то гарантія на пломбу не надається. В інших випадках повторна постановка пломби протягом гарантійного строку проводиться безкоштовно.
4. Строк гарантії на лікування визначається лікарем в залежності від стану тканин, що оточують зуб, обумовлюється лікарем на кожен зуб і фіксується в картці. Якщо на зуб поставлений діагноз періодонтит - лікування здійснюється без гарантії.
5. Для успішного завершення лікування я зобов'язуюся виконувати всі рекомендації лікаря, стежити за тим, щоб дитина не переохолоджувалася, не перегрівалася, приймала призначені ліки, не пропускала

призначений лікарем прийом. Розуміючи складність майбутнього лікування, я зобов'язуюсь приводити дитину на контрольні огляди і стежити за дотриманням дитиною (безпосередньо виконувати) гігієнічних процедур в порожнині рота.

6. Я повідомлений (на), що дитина не повинна вживати їжу протягом 2-х годин після видалення зуба і зобов'язуюсь стежити за виконанням дитиною даного припису.
7. Після лікування ускладненої форми карієсу необхідне відновлення анатомічної форми зуба пломбувальними матеріалами та / або штучними коронками.
8. Я погоджуюся на тип анестезії за вибором лікаря. Я розумію, що у маленьких дітей не завжди можливо провести лікування за допомогою місцевої анестезії. Альтернативою є загальне знеболювання (седація або наркоз). Я проінформований (на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я надав (ла) лікарю всю відому мені інформацію щодо стану здоров'я дитини, наявних захворювань відповідно до анкети пацієнта та повідомив (ла) про всі алергічні реакції на медичні препарати та анестетики, що мали місце.
9. Мені відомо, що при даному медичному втручанні можуть виникнути ситуації, небезпечні для здоров'я, також можливі алергічні реакції і пов'язані з ними ускладнення, передбачити які в момент оформлення цього документа неможливо. Я визнаю право лікаря виходити з таких ситуацій на свій розсуд, а також розширити обсяг послуг, що надаються, до необхідного для належного надання медичних послуг або запобігання шкоди моєму здоров'ю.
10. Лікар може відмовити або перенести прийом, якщо пацієнт хворий інфекційними захворюваннями, в тому числі герпесом.
11. Я маю право відмовитися від запропонованого лікування на будь-якому етапі його здійснення. Мені роз'яснені всі можливі наслідки такої відмови при наявному захворюванні і його можливе прогресування при незавершеному лікуванні. Я усвідомлюю, що у випадку відмови від завершення лікування в Центрі лікар не несе відповідальності за подальші результати лікування.

**Я приймаю рішення проводити лікування дитини на запропонованих мені умовах.**

Я даю згоду на фотографування та/або відеозйомку обличчя та ротової порожнини дитини до, під час та після лікування. Я розумію, що це необхідно для здійснення діагностично-лікувального процесу та контролю перебігу захворювання. Ці матеріали та медична карта є власністю Центру та можуть бути опубліковані в медичній літературі або продемонстровані для медичного навчання без ідентифікації особистості.

Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи Центру персональних даних (моїх та дитини), у т.ч. щодо стану здоров'я, діагнозів, призначеного лікування, його перебігу.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.