

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДО 15 ЛЕТ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ, ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ОПЕРАЦИЙ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ (МОЛОЧНЫЙ ПРИКУС)

Настоящее Добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я (отец, мать, опекун-нужное подчеркнуть), _____, являясь законным представителем ребенка, _____, (ФИО ребенка, возраст) **соглашаюсь** с тем, что лечение ребенка будет проводить врач-стоматолог детский _____; стоматолог-хирург _____.
В исключительных случаях клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие.
2. **Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна вся информация о предстоящем лечении:**
 - 2.1. Диагноз: _____.
 - 2.2. Индивидуальный рекомендованный план лечения.
 - 2.2.1. _____;
 - 2.2.2. _____;
 - 2.2.3. _____;
 - 2.2.4. _____;
 - 2.2.5. _____;
 - 2.2.6. _____.
 - 2.3. Допустимость коррекции намеченного плана и методов лечения в зависимости от клинической картины (ситуации), сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
 - 2.4. Возможные альтернативные варианты лечения, а именно: _____.
 - 2.5. Примерная стоимость лечения составляет _____.
3. **Я информирован (а) о характере** предстоящих исследований, манипуляций, связанных с ними риском и возможным развитии неприятных ощущений, осложнений, не являющихся дефектами оказания медицинской услуги, а именно:
 - 3.1. **Возможные осложнения под влиянием анестезии**, а именно: аллергическая реакция, отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, возникновение стоматита, снижение внимания. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок может травмировать щеки, губы (прикусывать).
 - 3.2. **Возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.
 - 3.3. **Возможные осложнения в процессе и после лечения**, а именно:
 - 3.3.1. определённый процент (5-10%) неэффективного лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;
 - 3.3.2. необходимость хирургического вмешательства в области тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба.
 - 3.4. **Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения**, а именно: прогрессирование воспалительного процесса, переход воспаления на зачаток постоянного зуба, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, некоторые нарушения общего состояния организма, развитие осложнений (у детей они происходят быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области).
4. **Я предупрежден (а) о последствиях отказа от предлагаемого метода лечения**, включая возможные осложнения:
_____.

5. **Мне разъяснено**, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий. Я доверяю врачу принять соответствующее профессиональное решение о выполнении любых действий, которые врач сочтет необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния ребенка.
6. **Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.**
7. **Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы:**
 - 7.1. технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
 - 7.2. сроки проведения лечения;
 - 7.3. стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.
8. **Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных ребенку врачом.**
9. **Я заявляю**, что изложил (а) врачу все известные мне данные о состоянии ребенка, наследственных, психических и других заболеваниях в семье.
10. **Я подтверждаю, что прочитал (а) и понял (а) все вышеизложенное**, имел (а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
11. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.
12. Содержание настоящего документа мною **прочитано, разъяснено мне врачом, оно мне полностью понятно**, что я удостоверяю своей подписью.

Подпись законного представителя несовершеннолетнего пациента, не достигшего 15 лет: _____ / _____
 (Мать, отец, опекун – нужное подчеркнуть) (Ф.И.О. полностью)

Подпись врача: _____ / _____
 (Ф.И.О. полностью)

« _____ » _____ 20__ г.
 (дата подписи)

Для повторных обращений:

№ п.п.		Дата	Диагноз	Ф.И.О. врача, подпись	Ф.И.О. пациента, подпись
1	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ____ ” _____ 20__			
2	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ____ ” _____ 20__			
3	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ____ ” _____ 20__			
4	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ____ ” _____ 20__			