Приложение
к Стоматологической карте № _____ от «____» _____ 20__ г.

Информированное согласие
на лечение пульпита зуба методом витальной пульпотомии

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении моего несовершеннолетнего сына/дочери

_____
ФИО ребёнка

ребёнка, которого я сопровождаю.

Я, _____,

соглашаюсь с тем, что лечение зубов_____ моего ребёнка будет проводить врач-стоматолог

_____

В соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановления Правительства РФ «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» № 1006 от 04.10.2012г., настоящий документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Мне сообщена следующая информация о сути медицинской услуги:

1. Целью лечения пульпита зубов методом витальной пульпотомии является сохранение жизнеспособности корневой пульпы зуба. Он основан на способности корневой пульпы к восстановительным процессам.

2. Выбор метода лечения пульпита зависит от формы пульпита, групповой принадлежности зуба, степени сформированности корней, топографии кариозной полости, степени разрушения зуба, интенсивности и активности течения кариозного процесса. Метод лечения пульпита определяет лечащий врач.

3. В процессе и после лечения пульпита методом витальной пульпотомии могу возникать следующие осложнения (риски), не связанные с дефектом оказания услуги:

-перфорация стенок и дна полости зуба во время препарирования;
-гибель пульпы зуба с развитием острого периодонтита
-гибель пульпы с развитием хронического периодонтита (формирование свища и патологическая резобция корней)
-при значительном разрушении коронки возможен раскол зуба
-после лечения возможно изменение цвета коронковой части зуба, что является естественным процессом, который обусловлен применением лечебных прокладок, приводящих к изменению цвета коронки зуба.

4.Возможна коррекция намеченного плана и технологий лечения в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

5. Альтернативными методами лечения пульпита методом витальной пульпотомии являются:

- удаление пораженного зуба
- девитальный метод лечения пульпита
- витальный метод с удалением корневой пульпы и пломбированием корневых каналов
- отказ от лечения.

Негативные последствия в случае отказа от лечения:

-нарастания болевых симптомов
-гибель пульпы зуба с развитием острого или хронического периодонтита
-нарушение общего состояния организма в результате развития инфекционно - воспалительного процесса;
- при заболевании временного зуба может произойти нарушение формирования зачатка постоянного зуба;
- раннее удаление зуба.

6. После лечения зуба методом витальной ампутации рекомендовано:

-являться на профилактические осмотры к врачу-стоматологу каждые 3-6-12 месяцев с обязательным рентгенологическим контролем состояния периапикальных тканей пролеченного зуба
- при разрушении зуба более чем на ½ покрыть зуб коронкой
-выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных ребёнку врачом

7**.** Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

8. Я разрешаю, Не разрешаю (*ненужное зачеркнуть*) использование фотографий, выполненных на этапах лечения, сведений, касающихся заболевания, без указания персональных сведений с научной и практической целью.

Настоящее Информированное согласие является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись потребителя: _____

Дата _____

Подпись врача: _____