

Информированное согласие пациента на оказание стоматологической помощи (детская стоматология)

Я _____
разъяснения о плане санации полости рта моего ребенка

в доступной форме в достаточном объеме получил(а)

Я подробно информирован(а) ознакомлен (а) и предупрежден (а) о возможных осложнениях зависящих от характера воспалительного процесса наличия сопутствующих заболеваний, индивидуальных особенностей организма. а также при несоблюдении врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта после произведенных манипуляций

Возможные осложнения:

1. На терапевтическом приеме

Гематома после инъекции анестетика;

Возможность травматического повреждения слизистой губ, щеки или языка как результат прикусывания после проведения анестезии на нижней челюсти.

Постпломбировочные боли при прикусывании;

Появление отека мягких тканей при увеличении имеющегося отека после терапевтических вмешательств;

Необходимость послабляющего разреза после эндодонтического печения зубов;

Необходимость удаления зуба если терапевтические методы лечения не дали положительных результатов

Возникновение периодонтальных явлений и изменение рентгенологической картины после пломбировки канала с плохой проходимостью корневых каналов или наличие невыявленных коллатеральных каналов;

Возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие зуба в периапикальные ткани, гайморову пазуху полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов;

Отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе.

Возможность изменении цвета пломбы при употреблении с пищей за первые сутки продуктов, содержащих красящие вещества (чай, кофе, свекла и т.п.)

Возможность отлома эндодонтического инструмента в плохо проходимых и искривленных каналах;

При наличии заболеваний желудочно-кишечного тракта возможно появление темной полосы между пломбой и тканями зуба.

2. На хирургическом приеме

Боли в месте инъекции до трех недель;

возможность развития аллергической реакции на введение анестетика;

Луночные боли после удалении зуба, развитие альвеолита, связанные с особенностями течения воспалительного процесса, индивидуальным защитными функциями или особенностями организма, с выполокшиванием кровяного сгустка;

Кровотечение из лунки или разреза;

Перестезии в области языка, нижней губы;

Сообщение полости рта с гайморовой пазухой;

Появление отека мягких тканей или увеличения имеющегося отека при проведении хирургических вмешательств в период обострения;

Контрактура жевательных мышц после удаления зуба, боли при глотании;

ООО «Виктория ДЕНТ»

Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы я соглашаюсь на проведении рентгенологического обследования.

Удостоверяю личной подписью, что врач в полном объеме и доступной для моего понимания форме ответил на все интересующие меня вопросы и даю письменное согласие на обработку персональных данных, на осмотр, вмешательства проводимые лечащим врачом, необходимые для лечения полости рта моего ребенка.

«__» _____ 20__ г.

Подпись _____