

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА УДАЛЕНИЕ ЗУБА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ ПАЦИЕНТУ**

1. Сведения о пациенте и лице, дающем согласие

Дата рождения:

зарегистрированный(ая) по адресу:

проживающий(ая) по адресу:

Документ, удостоверяющий личность:

паспорт

являясь ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ:

Пациент: _____

Дата рождения:

зарегистрированный(ая) по адресу:

проживающий(ая) по адресу:

Документ, удостоверяющий личность: свидетельство о рождении

серия/номер:

выдан:

Медицинский работник (ФИО):

2. Предлагаемое вмешательство

Зуб(ы) / область вмешательства:

- ☐ Удаление временного (молочного) зуба / его корня.
- ☐ Удаление постоянного или сверхкомплектного зуба / его корня.
- ☐ Простое удаление прорезавшегося зуба.
- ☐ Сложное удаление, в том числе с разделением зуба/корней, формированием доступа и удалением минимально необходимого объема окружающей кости.
- ☐ Удаление ретенированного, дистопированного или частично прорезавшегося зуба.
- ☐ По показаниям: разрез и отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, обработка лунки, промывание, гемостаз, наложение швов и/или дренажа.

3. Цель, сущность и условия проведения

Цель удаления — устранить зуб/корень, который не может быть сохранен либо является источником боли, воспаления, инфекции или травмы, мешает нормальному прорезыванию, прикусу или другому лечению.

Сложность вмешательства зависит от состояния и поведения ребенка, формы и расположения корней, стадии их рассасывания, близости зачатка постоянного зуба, плотности кости, воспаления и анатомических особенностей.

Если безопасно завершить удаление при сохраненном сознании ребенка невозможно из-за выраженного страха, движения, рвотного рефлекса или отказа от сотрудничества, врач вправе остановить вмешательство и обсудить иной способ/место лечения.

При виде анестезии как наркоз/седация, лечение проводится после оформления отдельного согласия на соответствующий вид анестезии.

4. Возможные варианты и последствия отказа

В зависимости от диагноза мне разъяснены применимые альтернативы: лечение или перелечивание зуба; наблюдение до физиологической смены временного зуба; временное симптоматическое лечение; зубосохраняющее вмешательство; направление к профильному специалисту/в стационар; отказ. Не все варианты могут быть безопасны или применимы в конкретной ситуации.

При отказе или отсрочке возможно сохранение/усиление боли и инфекции, абсцесс или флегмона, поражение кости и зачатка постоянного зуба, повреждение соседних зубов, нарушение питания и сна, необходимость срочного или более объемного лечения.

5. Ожидаемый результат и ограничения

Ожидаемый результат — удаление указанного зуба/корня и создание условий для заживления. После преждевременного удаления временного зуба или удаления постоянного зуба может потребоваться наблюдение детского стоматолога/ортодонта, удерживатель места, ортодонтическое или ортопедическое лечение.

6. Общие риски и возможные осложнения

- **Обычные явления:** боль, отек, кровянистые выделения, гематома, затрудненное открывание рта, дискомфорт при еде и глотании, кратковременное повышение температуры.
- **Кровотечение и заживление:** длительное/повторное кровотечение, гематома, альвеолит, инфицирование, нагноение, расхождение швов, замедленное заживление; редко — остеомиелит.
- **Повреждение структур:** травма десны, слизистой, губы или языка; повреждение/расшатывание соседнего зуба, пломбы, коронки или ортодонтической конструкции.
- **Зуб и корни:** перелом зуба/корня, необходимость разделения и расширения доступа. Небольшой фрагмент корня может быть оставлен под наблюдением, если его извлечение опаснее для зачатка постоянного зуба, нерва или кости; может потребоваться направление к другому специалисту.
- **Нервы и пазуха:** временное, редко длительное изменение чувствительности губы, подбородка или языка; при верхних зубах — сообщение с верхнечелюстной пазухой, смещение фрагмента, синусит и необходимость дополнительного лечения.
- **Редкие осложнения:** проглатывание или попадание зуба/фрагмента в дыхательные пути, смещение в мягкие ткани, травма сустава, трещина/перелом челюсти, повторная операция или госпитализация.
- **Общие реакции:** слабость, обморок, колебания артериального давления, обострение сопутствующего заболевания.

7. Особые риски детского возраста

- **Зачаток постоянного зуба:** при близком расположении возможно повреждение его оболочек или тканей, что способно повлиять на форму, цвет эмали, положение или сроки прорезывания постоянного зуба.
- **Ранняя потеря временного зуба:** возможно уменьшение места в зубном ряду, смещение соседних зубов, нарушение прикуса и необходимость удерживателя места/ортодонтического лечения.
- **После обезболивания:** ребенок может прикусить онемевшие губу, щеку или язык и травмировать их; требуется наблюдение взрослого до полного восстановления чувствительности.
- **Поведение во время лечения:** внезапное движение может повысить риск травмы мягких тканей, соседних зубов и заглатывания мелкого фрагмента; при потере безопасного контакта процедура прекращается.

8. Индивидуальные риски и особенности

9. Подтверждения и решение

Врачу сообщены достоверные сведения о заболеваниях и операциях ребенка, аллергиях, нарушениях свертывания, инфекциях, диабете, заболеваниях сердца, особенностях развития и поведения, предыдущих реакциях на лечение, а также обо всех лекарствах и добавках.

Получены понятные послеоперационные рекомендации. Я обеспечу наблюдение за ребенком и обращусь за помощью при неостанавливающемся кровотечении, нарастающем отеке, затруднении

дыхания/глотания, высокой температуре, резком усилении боли или сохраняющемся/усиливающимся онемении.

Мне разъяснены цель, способ, риски, альтернативы, последствия и предполагаемый результат; была возможность задать вопросы, ответы понятны.

Я понимаю право отказаться от вмешательства или отозвать согласие, сообщив врачу; мне будут разъяснены последствия и безопасный порядок прекращения уже начатого вмешательства.

Информация ребенку сообщена в доступной форме с учетом его возраста и развития; его мнение и реакция учитывались настолько, насколько это возможно в данной клинической ситуации.

Я добровольно СОГЛАШАЮСЬ на удаление указанного выше зуба/корня несовершеннолетнему пациенту и на необходимые действия, непосредственно входящие в технику этого удаления.

10. Подписи

Потребитель (Пациент)/законный представитель:

✓ _____

Медицинский работник (ФИО):

Дата оформления: