

Информационное добровольное согласие на проведение серебрения молочных зубов

Я, _____

уполномочиваю детского врача-стоматолога _____

провести процедуру серебрения молочных зубов моему несовершеннолетнему ребенку _____,

Этот документ содержит также необходимую информацию для того, чтобы я ознакомился(лась) с предложенным лечением и мог(могла) или отказаться от него, или дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я знаю, что серебрение зубов детям - это обработка зубов 30% раствором диамин фтористого серебра, который создает защитную пленку на поверхности зуба и препятствует проникновению болезнетворных кариесогенных микроорганизмов в глубокие слои эмали и дентина. Я понимаю, что серебрение зубов является альтернативным методом лечения поверхностного кариеса зубов в случае, если консервативное лечение зубов у ребенка затруднено.

Альтернативными методами серебрения зубов являются:

- 1) фторирование — обработка зубов фторсодержащими препаратами.

Хотя серебрение имеет значительный процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что оно не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Я сообщил(ла) врачу об известных мне аллергических реакциях у моего несовершеннолетнего ребенка.

Врач объяснил мне все возможные осложнения, которые могут возникнуть после серебрения зубов, а именно:

- 1) пораженные кариозным процессом ткани зубов могут приобрести темный оттенок.
- 2) кариозный процесс может прогрессировать

Врач ясно и понятно объяснил мне, что:

- 1) для получения наилучшего эффекта необходимо повторять процедуру несколько раз в год;
- 2) обработка неэффективна при глубоком поражении тканей зуба ;
- 3) обработка эффективна лишь на начальной стадии кариеса .

Кроме того, я понимаю необходимость контроля лечения в будущем и обязуюсь приводить ребенка на контрольные осмотры .

Мне известно, что перед серебрением необходимо провести тщательную чистку зубов у ребенка.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма ребенка, я согласен(на) с тем, что никто не может предвидеть точного результата запланированного лечения. Я понимаю, что мне не предоставляют гарантии, но считаю, что это лечение – в интересах моего ребенка. Мне были объяснены все возможные последствия лечения, а также альтернативные методы лечения. Я также имел(имела) возможность задать все вопросы, которые меня интересовали. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он имеет юридическую силу и несет для меня правовые последствия. Данный документ является приложением и неотъемлемой частью истории болезни и Договора.

Дата _____ Подпись пациента _____