

**Информированное добровольное согласие**

**на профессиональную гигиену детям в возрасте до 15 лет**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Мне,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,доктор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сообщил, что показано снятие поддесневых и наддесневых зубных отложений в полости рта.

Мне разъяснили и мне понятно, что после снятия з/отложений возможны :

• выпадение пломб

* обострения хронических заболеваний полости рта, требующие дополнительного лечения
* возникновение неотложных состояний в процессе лечения , связанные с применением лекарственных средств, анестезии (обморок, коллапс, шок).
* ощущение дискомфорта, болезненности, возникновение реактивного

отека, воспаления послеоперационного периода; ретракции десны

(оголение шеек корней зубов), повышенной чувствительности шеек зубов.

Я обязан ознакомить лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислить медикаменты, которые принимаю.

Я даю согласие на рентгенологическое обследование до, во время и после лечения.

Я согласен на проведение метода местной анестезии выбранного совместно с лечащим врачом.

Понимая сущность медицинского вмешательства и уникальность растущего детского организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой процедуры и ответную,

реакцию организма ребенка. Учитывая физиологические и психологические возрастные особенности, а также неадекватность поведения ребенка врач может предложить альтернативный метод лечения лечение под общей анестезией.

Я, в соответствии со статьей 32 "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан", даю добровольное информированное согласие на выполнение медицинскими работниками ООО «Панорама Мед» лечебных манипуляций в соответствии с предложенными планом.

Данная процедура проводится целиком и полностью по согласию родителей ребенка.

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

Подпись пациента/представителя (по доверенности)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_