

ДЕКЛАРАЦИЯ

за

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ДЕТСКА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ

С настоящето упълномощавам лекарите по дентална медицина от *Дентални клиники Медстом* и/или помощен персонал в дентален кабинет, по тяхно усмотрение, да извършат на моето (подопечното ми) дете следните дентални лечения или оралнолицеви процедури, включващи употребата на съответната необходима или препоръчителна местна анестезия, радиография или диагностична помощ.

- А) Почистване на зъби и прилагане на локален флуороид
- Б) Покриване с пластични материали на вдлъбнатини / бразди на зъба
- В) Лечение на болни или наранени зъби с възстановявания (пломби)
- Г) Заместване на липсващи зъби със зъбни протези
- Д) Премахване (екстракция) на един или повече зъби
- Е) Лечение на болни или наранени орални тъкани (твърди и меки)
- Ж) Употреба на физическо ограничаване или ограничавачи устройства за безопасното изпълнение на необходимите дентални процедури.
- З) Отлагане или забавяне на лечението на този етап
- И) Лечение на лошо позиционирани (изкривени) зъби и/или орално развитие или анормален растеж

Разбирам, че съществуват свързани с лечението рискове и с настоящето потвърждавам, че тези рискове ми бяха обяснени. Имах възможността да задам въпросите си, свързани с лечението и със съответните рискове и напълно ги разбирам.

Съгласявам се на употреба на местна анестезия или на употребата на нитрооксидна анестезия по преценка на лекарите. Разбирам, че нитрооксида може в някои случаи да предизвика гадене и повръщане. Също така съм наясно, че носовият крайник остава кръгли следи около носа, които изчезват скоро след процедурата.

Настоящото лечение ми бе обяснено. Алтернативните методи на лечението, при наличието на такива, също ми бяха обяснени, както и предимствата, недостатъците и рисковете, които съдържа всеки един от тях. Бях посъветван, че въпреки добрите резултати, които се очакват, възможността и видът на усложненията не биха могли да бъдат акуратно предположени. По тази причина, не може да бъде дадена, изразена или подразбрана гаранция за резултатите от лечението или лекарствата.

Осъзнавам, че по време на курса на лечение, неочаквани обстоятелства могат да изискват провеждането на допълнителни или различни от посочените процедури. По тази причина упълномощавам и разрешавам от изпълнението на всички допълнителни процедури, които са препоръчителни или необходими за доброто състояние на оралното здраве на детето ми, според професионалното заключение на лекарите по дентална медицина от *Дентални клиники Медстом*.

Разбирам и бях информиран, че е възможно да възникнат рискове и усложнения с прилагането на местната анестезия, успокоителните и наркотичните средства. Най-често срещаните са: подуване, кървене, болка, гадене, повръщане, посиняване, изтръпване и вкоченяване на устните, венеца, лицето и езика, алергични реакции, хематоми (поддуване и кървене около мястото на инжектиране), прималвяване, парене на устните и бузите в резултат на възпаление и инфекция на лигавицата. Също така разбирам, че има макар и рядък риск от нежелани реакции към медикаментите върху дихателната и сърдечносъдовата дейност (спиране на дишането и на сърдечната дейност) и, че липсата на кислород в мозъка може да предизвика кома или смърт.

Наясно съм, че в някои случаи е изключително трудно провеждането на лечение на дете вследствие от липсата на сътрудничество. Това е сравнително често срещана ситуация в млада и незряла възраст при деца с физически и/или умствени недъзи, които намаляват тяхната способност за пълно сътрудничество по процедурите и при деца, които са страхливи и обезпокоени. С настоящето разрешавам употребата на "индианска дъска", употребата на устна подпора и участието на медицински сътрудник при държането на детето, ако по време на лечението, по преценка на лекаря, безопасността на детето налага това.

Дата:

Пациент:

/име и фамилия /

Родител/Настойник:

/ подпис /