

## Баланы (15 жасқа дейін) стоматологиялық емдеуге ақпараттандырылған келісім

Мен, баланың заңды өкілі бола отырып, баланың денсаулығы және оған қойылған диагноз туралы ескерттім. Мен «Dent-lux» стоматологиялық клиникасының қызметкерлерінен медициналық қызметтерді көрсету мүмкіндіктері мен шарттару туралы толық ақпаратты алдым және менің балама медициналық қызметтерді көрсетуге келісімімді беремін.

Мен осындай клиникалық жағдайда нақты диагнозды (тістің зақымдану дәрежесі) қою және сәйкес емдеуді жоспарлау қиыншылық туғызатынын түсінемін, осыған байланысты емдеу барысында диагнозды нақтылау және емдеуші дәрігер алдын ала ескерту арқылы көзделген жоспарды түзету қажет болуы мүмкін екендігін білемін. Емдеу жоспары бойынша соңғы шешімді дәрігер тістің барлық кариеспен зақымдалған тінін (тістер) алып тастағаннан кейін қабылдай алады.

Мен әр баланың манипуляцияларды жеке көтере алуға, психо-эмоционалды жағдайына байланысты тістерді емдеу кезінде баланың эмоционалды реакциясын дәрігер болжай алмайтынына келісемін, сондықтан емдеудің нақты ұзақтылығын, қажетті кездесу санын, ағымдағы кездесу барысында жоспарланған сатыны аяқталу мүмкіндігін болжау мүмкін емес. Мен «Dent-lux» стоматологиялық клиникасы баланың эмоционалды жағдайы және/немесе тәртібі денсаулығына зиян келтіруге қауіп тудырса немесе медициналық қызметтерді көрсетуді мүмкін қылмаса, баланы емдеуден бас тартуға құқылы.

Мен баланың бұрынғы және қазіргі уақыттағы дәрілік және дәрі-дәрмекті заттарға аллергиясы туралы дәрігерді ескерттім.

Мен емдеу кезінде және емдеуден кейін туындауы мүмкін төмендегі қиыншылықтардың пайда болу мүмкіндігімен келісемін:

1) анатофизиологиялық ерекшеліктерге, сонымен қатар нақты емделушінің сүт тістерінің жеке ерекшеліктеріне және денсаулық жағдайына байланысты сүт тістерін емдеудің тиімсіздігінің пайызы (5-10%);

2) орташа терең немесе терең кариес бойынша тісті емдеуден кейін аурушандық сезім туындауы мүмкін, ол сезім ұлғайған сайын дәрігер жеке төлем бойынша эндодонтикалық емдеуді (тістің түбірлі каналдарын емдеу) өткізуге мәжбүр болады.

3) аурудың асқынуы ұзақ уақыттан кейін де туындауы мүмкін, және де емделушінің профилактикалық тексерілуі кезінде анықталуы мүмкін және бұл эндодонтикалық емдеуге алып келеді; жеке емдеу үрдістері үшін төлем қызметті көрсету күніндегі преискурент бойынша іске асырылады.

4) эндодонтикалық араласу кезінде тістеу және шайнау кезінде тісте аурушандық сезім пайда болуы мүмкін;

5) сүт тістерінің периодонтиттерін емдеу кезінде үрдістің асқынуы болуы мүмкін – осы емдеу түріне кепілдік таралмайды

6) емдеуден кейін сүт тістерінің патологиялық резорбциясы пайда болуы мүмкін, бұл тісті жұлып тастауға алып келеді.

7) күміспен жалату кезінде тістің (тістердің) түсі өзгереді (қараяды) және тұрақты тістермен алмастырылғанша сақталады;

Мен анестезияны өткізгеннен кейін бала кей уақыттың ішінде еріндерін сезбейтінін түсінемін, бұл оны тістеп тастауға алып келуі мүмкін. Мен асқынуды болдырмау үшін емдеуден кейін баланы бақылау қажеттілігі туралы ескерттім.

Мен рентгеннен диагностикалау және емдеу сапасын бақылау қажеттілігін түсінемін.

Мен жоспарланған емдеудің нақты нәтижесін ешкім болжай алмайтынын түсінемін, кариестің күрделі формасын емдегенде мен пульпит түрінде емдеуден кейінгі асқынудың орын алуы мүмкін екендігін түсінемін. Мен сүт тістерін емдеу кезіндегі оң нәтижеге кепілдік жоқ екендігін білемін, дегенмен маған баланы сәйкес біліктілікті маманның емдеуіне, онымен сәйкес әдістемелерді және санитарлық-эпидемиологиялық тәртіптің ережелерін сақтай отырып, сапалы материалдар мен аспаптарды қолдануына кепілдік берілді.

Мен емдеу құнымен таныстым, менде емдеу технологиясы және емдеу құны бойынша барлық сұрақтарды қоюға мүмкіндік болды.

Алдағы емдеудің күрделілігін түсіне отырып, мен баланы бақылаушы тексерулерге алып келіп отыруға және баламен ауыз қуысының гигиеналық рәсімдерін орындауды (тікелей орындауға) бақылауға міндеттенемін. Мен барлық сұрақтарды қойдым, оларға толық жауаптарды алдым, осы құжатта қолданылатын барлық сөздер мен медициналық терминдер маған түсінікті.

Үздік нәтижелерге жету үшін мен және менің балам «Dent-lux» стоматологиялық клиникасындағы мамандардың барлық нұсқауларын, ұсыныстарын және кеңестерін орындауға міндетте екендігімді түсінемін.

Жоғарыда аталған мәліметтер туралы ескерілген және ақпараттандырылған бола отырып, мен медициналық араласу баламның денсаулық жағдайы бойынша қажет екендігін түсінемін, осыған байланысты мен жансыздандыру әдісі, жергілікті инфильтрациялық анестезия сияқты стоматологиялық көмек көрсетуге еркін және дәйекті келісімімді беремін.

Осы ақпараттандырылған келісім Стоматологиялық қызметтерді көрсету туралы шарттың ажырамас бөлігі болып табылады.