

Согласие на проведение процедур детской стоматологии PEDIATRIC CONSENT TO PERFORM DENTISTRY

Имя и Фамилия (Patient's Name):	Дата рождения (DOB):	MRN:

Настоящим я разрешаю и поручаю стоматологам и ассистентам Elica Health Centers (EHC) проводить моему ребенку (или законному подопечному) следующие стоматологические процедуры, по на их усмотрению:

- использование любых необходимых рентгенограмм (рентгеновских снимков), дентальных фотографий или диагностических средств для обследования полости рта
- чистка зубов, местная обработка фтором, герметизация зубов, реставрация зубов, зубные протезы, хирургические операции в полости рта, лечение твердых и/или мягких тканей, применение препаратов для борьбы с кариесом, а также направление к специалистам.

Я понимаю, что эти процедуры связаны с определенными рисками. Риски, лечение, альтернативные методы лечения, если таковые имеются, а также преимущества и недостатки были мне объяснены. У меня была возможность задать вопросы относительно лечения и рисков, и я полностью их понимаю.

Я согласен с использованием целесообразной местной анестезии и закиси азота/анальгезии при лечении моего ребенка (или законного подопечного). Я понимаю и проинформирован о возможных рисках и осложнениях, связанных с применением местной анестезии и обезболивания закисью азота. Наиболее распространенными из них являются отек, кровотечение, боль, тошнота, рвота, синяки, покалывание и онемение губ, десен, лица и языка, аллергические реакции, гематома (отек или кровотечение в месте инъекции или рядом с ним), обморок, прикусывание губ и щек, приводящее к образованию язв и инфицированию слизистой оболочки. Я также понимаю, что существуют редкие потенциальные риски, такие как неблагоприятная реакция на лекарства в виде дыхательного и сердечно-сосудистого коллапса (остановка дыхания и работы сердца) и недостатка кислорода в мозге, что может привести к коме или смерти.

Я понимаю, что, хотя ожидаются хорошие результаты, возможность осложнений невозможно точно предугадать, и не может быть никаких гарантий, выраженных или подразумеваемых, в отношении результатов лечения. В процессе лечения непредвиденные обстоятельства могут потребовать проведения дополнительных или отличных от обсуждаемых процедур. Я разрешаю и прошу провести любые дополнительные процедуры, которые будут сочтены необходимыми или желательными для моего здоровья и благополучия в полости рта по профессиональному мнению стоматологов EHC.

Я осознаю, что проведение стоматологического лечения ребенка может быть затруднено из-за отсутствия сотрудничества, которое характерно для маленьких детей, детей имеющих физические и/или умственные особенности, а также испытывающих страх и/или тревогу. Я разрешаю использовать зубные блоки и помощь ассистента стоматолога для удержания ребенка, если, по мнению врача, его необходимо удерживать во время лечения для обеспечения его безопасности.

Я подтверждаю, что получил от медицинских центров Elica копию информационного бюллетеня о стоматологических материалах.

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ПРОЧИТАЛ И ПОНЯЛ ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ, И НА ВСЕ МОИ ВОПРОСЫ БЫЛИ ДАНЫ ОТВЕТЫ.

Имя пациента/представителя: (Patient/Legal Guardian Name) _____

Отношение к пациенту: (Relationship to Patient) _____

Подпись пациента/представителя: (Patient/Legal Guardian Signature) _____ Дата (Data): _____

Подпись провайдера/дантиста: (Provider/Dentist Signature) _____ Дата (Data): _____

Подпись свидетеля/переводчика: (Witness/Translator Signature) _____ Дата: (Data) _____