CMI DR. DRAGOMIR ALEXANDRA IOANA

FORMULAR DE INFORMARE ŞI CONSIMŢĂMÂNT PRIVIND TRATAMENTUL CU IMPLANTURI DENTARE

1. Sunt de acord ca Dr. ……..…… şi/sau alt medic dentist numit de acesta să realizeze examinarea, diagnosticul, recomandările şi intervenţiile terapeutice necesare în cazul meu.
2. Declar că am prezentat medicului dentist toate reacţiile adverse la medicamente, alergiile, bolile, simptomele sau afecţiunile de care sufăr şi de care am cunoştinţă.
3. După o examinare orală detaliată medicul dentist mi-a recomandat implantele dentare ca metodă de restaurare a arcadelor mele dentare. Am fost informat asupra naturii implantelor dentare, a sistemului de implante folosit în cazul meu, chirurgiei implantare şi a protezării pe implante. De aceea specific că este dorinţa mea de a primi implante dentare şi consimt la inserarea lor chirurgicală în maxilar(e). Am fost informat cu privire la alternativele de tratament ale afecţiunilor mele dentare.
4. Am înţeles că scopul implantelor dentare este acela de a asigura suportul şi ancorarea viitorilor dinţi artificiali. Aceşti dinţi artificiali ataşaţi implantelor vor fi ficşi sau mobilizabili, în funcţie de design.
5. Las la judecata medicului dentist abordarea terapeutică în cazul în care, în timpul intervenţiei chirurgicale, condiţiile clinice se vor dovedi nefavorabile inserării implantelor. Într-o astfel de situaţie medicul va putea decide şi interveni pentru a face toate modificările suplimentare asupra crestei alveolare, de rezecţie sau adiţie osoasă, necesare succesului pe termen lung al sistemului de implante sau renunţarea la tratamentul cu implante dentare.
6. Am fost informat că nu există o metodă care să prezică cu acurateţe absolută capacitatea de vindecare a gingiilor sau a osului. Am înţeles de asemenea că succesul implantelor poate fi afectat de boli metabolice, probleme nutriţionale, fumat, consum de alcool, strângerea sau scrâşnitul dinţilor sau de igienă orală neadecvată. Mi-a fost explicat că în unele situaţii implantele nu au succes şi trebuie îndepărtate.
7. Am fost informat că lucrarea protetică este un factor major de succes sau eşec pentru un implant. Am înţeles că modificările neautorizate de medicul(ii) prevăzut(i) la paragraful 1, făcute asupra piesei protetice sau implantului(elor) pot duce la efecte dezastruoase, iar responsabilitatea pentru efectele acestor modificări îmi aparţine.
8. Sunt de acord să urmez toate recomandările pre- şi post- operatorii ale medicilor curanţi şi să urmez riguros şi susţinut regimul de igienă orală personală. De asemenea sunt de acord să mă prezint regulat la control şi tratament preventiv care poate include ajustarea pieselor protetice sau/şi intervenţii asupra implantelor.
9. Am fost informat de posibilele riscuri şi complicaţii pe care le implică orice procedură chirurgicală, medicaţie şi anestezie. Acestea pot include, dar nu sunt limitate la: durere, tumefacţie(umflătură), infecţie, afectarea dinţilor sau a altor ţesuturi din vecinătate, fracturi ale oaselor maxilare, perforaţii sinusale, vindecare întârziată, reacţii alergice la medicamentele şi anestezicele folosite etc.. După anestezie şi/sau intervenţie se poate instala o senzaţie persistentă de amorţeală, cu reducerea/absenţa sensiblităţii zonelor situate la nivelul intervenţiei şi în vecinătatea acestora. Durata exactă a acestei complicaţii nu poate fi determinată şi în cazuri excepţionale, poate fi ireversibilă.
10. Confirm că nu am primit nici o garanţie verbală sau scrisă privind rezultatul final al tratamentului.
11. Sunt de acord ca medicul curant şi orice alt membru al echipei sale să realizeze şi să utilizeze în scop didactic şi documentar ştiinţific fotografii, diapozitive, secvenţe filmate, radiografii şi orice alte date clinice ale cazului meu, cu respectarea confidenţialităţii privind identitatea mea.

DATA …… **MEDIC ……**

PACIENT (TUTORE) …… **MARTOR ……**