FORUMULAR DE INFORMARE ŞI CONSIMŢĂMÂNT PRIVIND TRATAMENTUL STOMATOLOGIC

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. Etapele necesare pentru tratarea afecţiunii(lor) mele stomatologice mi-au fost explicate şi includ: obturaţii ☐, coroane ☐, punţi ☐, radiografii ☐, extracţii ☐, tratamente endodontice ☐, tratament parodontal ☐, proteze mobilizabile ☐, tratament ortodontic ☐, altele:

……

……

3. Am fost informat cu privire la diagnosticul afecţiunilor mele dentare , la alternativele de tratament ale acestor afecţiuni (dacă ele există), precum şi la consecinţele ne-intervenţiei terapeutice. Am înţeles că există riscuri inerente şi potenţiale pentru orice plan de tratament sau intervenţie terapeutică. Deşi nu apar în mod obişnuit, aceste riscuri se pot manifesta.

4. MEDICAŢIA :

Am înţeles că anestezicele, antibioticele, analgeticele, antiinflamatoarele sau alte medicamente şi substanţe pot cauza diverse reacţii alergice care se pot manifesta prin, fără a se limita la: eritem (roşeaţă), tumefacţii (umflături), dureri, senzaţie de vomă până la şoc anafilactic. Am informat medicul asupra faptului că sunt alergic la următoarele substanţe:

……..…

5. SCHIMBĂRI ÎN PLANUL DE TRATAMENT :

Am înţeles că în timpul procedurii(lor) terapeutice planificate pot apărea informaţii diagnostice neprevăzute, care să extindă amploarea şi/sau tipul intervenţiei(ilor). Autorizez prin aceasta persoana(ele) prevăzută(e) la paragraful 1 să realizeze şi intervenţiile neprevăzute în momentul iniţierii tratamentului.

6. RADIOGRAFII DIAGNOSTICE :

Am înţeles că pentru precizarea diagnosticului şi stabilirea planului de tratament pot fi necesare serii repetate de radiografii. Am înţeles că refuzul de a face aceste radiografii poate avea consecinţe negative asupra rezultatului final, mergând până la eşecul tratamentului.

7. ANESTEZIA, EXTRACŢIA, ALTE INTERVENŢII DE CHIRURGIE ORALĂ :

Am înţeles că după anestezie, extracţie dentară, alte intervenţii de chirurgie orală poate apărea prin afectarea nervilor din vecinătate: reducerea/pierderea sensibilităţii dinţilor vecini, a buzelor, limbii şi a ţesuturilor înconjurătoare (parestezie/anestezie) pe o perioadă nedeterminată de timp.

Am înţeles alternativele la extracţia dentară. Am înţeles că extracţiile dentare şi celelalte intervenţii de chirurgie orală pot fi realizate de un medic specialist chirurg maxilo-facial, însă prefer ca ele să fie făcute de persoana(ele) prevăzută(e) la paragraful 1.

Sunt de acord cu extracţia următorilor dinţi : ……

Am înţeles riscurile pe care le presupun extracţia dentară şi celelalte intervenţii de chirurgie orală, care pot fi, fără a se limita la: durere, tumefacţie (umflătură), învineţire, extinderea infecţiei, sângerare persistentă, alveolită (uscată sau umedă), vindecare întârziată, afectarea dinţilor şi/sau a restaurărilor din vecinătate, deschiderea sinusurilor maxilare, fractura rădăcinilor şi împingerea lor în sinusul maxilar sau în spaţiile înconjurătoare, aspirarea şi/sau înghiţirea de corpi străini, spasme musculare locale, fractura maxilarului sau a mandibulei.

Am înţeles că în cazul complicaţiilor, poate apărea necesitatea unui tratament de specialitate la un medic chirurg maxilo-facial, tratament de specialitate al cărui cost intră în responsabilitatea mea.

8. FAŢETE, COROANE ŞI PUNŢI :

Am înţeles că pentru aplicarea faţetelor/coroanelor este necesară prepararea (şlefuirea) dinţilor. Am înţeles că uneori forma şi culoarea faţetelor/coroanelor nu coincide perfect cu forma şi culoarea dinţilor naturali. Am înţeles că uneori trebuie să port coroane provizorii până la aplicarea celor finale, iar aceste coroane se pot descimenta uşor. Am înţeles că pot solicita modificări de formă sau culoare a noilor mele faţete/coroane/punţi numai înainte ca acestea să fie fixate definitiv.

Am înţeles de asemenea că trebuie să respect cu stricteţe programarea pentru cimentarea finală, deoarece întârzierile pot duce la migrarea dinţilor preparaţi, limitanţi sau antagonişti breşei edentate. Aceste întârzieri pot necesita refacerea faţetelor/coroanelor/punţilor cu costuri adiţionale care cad în responsabilitatea mea.

Am înţeles că după fixarea (cimentarea) faţetelor/coroanelor poate apărea sensibilitate la nivelul dinţilor pe care acestea sunt aplicate. În cazul în care această sensibilitate este persistentă, am înţeles că trebuie să solicit programare la medicul (ii) prevăzuţi la paragraful 1. Am înţeles că faţetele/coroanele din ceramică/compozit (fără metal) sunt restaurări fragile, care se pot fisura/fractura relativ uşor, chiar în cazurile în care sunt corect concepute şi realizate.

9. BRUXISMUL, ALTE PARAFUNCŢII OCLUZALE :

Am înţeles că obiceiuri nefuncţionale care determină suprasolicitarea arcadelor dentare, cum ar fi: bruxismul (scrâşnitul dinţilor), încleştarea maxilarelor, onicofagia (roaderea unghiilor) etc., pot determina pierderea prematură a restaurărilor dentare, uzură patologică/fisuri/fracturi ale dinţilor naturali, pierderea structurilor de suport şi mobilizarea dinţilor. Mi s-a explicat că în aceste cazuri este necesar să informez medicul dentist curant şi să urmez un protocol de tratament distinct, pentru a combate/reduce riscul de suprasolicitare la nivelul arcadelor/restaurărilor dentare.

10. TRATAMENTUL DE ALBIRE :

Am înţeles că după tratamentul de albire este posibil ca dinţii să prezinte hipersensibilitate persistentă. Am înţeles de asemenea că în timpul şi după tratamentul de albire este posibilă apariţia sensibilităţii/leziunilor la nivelul gingiei.

Am înţeles că intensitatea şi durata efectului de albire este variabilă.

11. TRATAMENTUL ENDODONTIC (DE CANAL) :

Am înţeles că tratamentul de canal nu garantează salvarea dintelui şi că există situaţii în care, în ciuda tuturor eforturilor depuse pentru salvarea dintelui, acesta trebuie extras. Am înţeles alternativele tratamentului de canal reprezentate de extracţia dintelui sau nonintervenţie.

De asemenea am înţeles posibilele consecinţe ale nefinalizării tratamentului de canal odată ce acesta a fost început.

Am înţeles că ocazional, în timpul sau după efectuarea tratamentului de canal pot apărea următoarele: durere, tumefacţie(umflătură), infecţie, reinfecţie, iritarea sau lezarea mucoasei bucale înconjurătoare, afectare parodontală (pierderea suportului osos şi mobilizarea dintelui ca urmare a infecţiei), ruperea unor instrumente (cum ar fi acele de canal) în interiorul rădăcinii dintelui datorită unor canale calcificate, perforaţia coroanei sau a rădăcinii dintelui. Am înţeles de asemenea că rata de succes a tratamentului endodontic este de 85-95% şi că uneori tratamentul endodontic trebuie repetat sau/şi pot fi necesare mici intervenţii chirurgicale asupra dintelui respectiv. Am înţeles de asemenea că tratamentul de canal poate necesita uneori mai multe şedinţe pentru a fi finalizat.

Am înțeles că tratamentul endodontic poate determina colorarea și o susceptibilitate mai mare la fractură a dintelui; de aceea este obligatoriu ca după finalizarea tratamentului endodontic, dintele să primească o restaurare definitivă: coroana provizorie sau coroană definitive.
Am înțeles că intervențiile de albire/restaurare ulterioare nu sunt incluse în costul tratamentului endodontic.

12. BOALA PARODONTALĂ :

Am înțeles că problemele mele parodontale manifestate prin afectarea gingiei și a osului adiacent, pot duce la pierderea dinților și a lucrărilor dentare. Planul de tratament mi-a fost explicat și cuprinde: un program de întreținere/dispensarizare, intervenții de scaling, chiuretaj gingival și planare radiculară și în unele cazuri intervenții parodontale, inclusiv chirurgicale, asupra dinților, gingiei și osului, adiție osoasă și/sau extracții. Am înțeles de asemenea că absența intervenției poate agrava starea mea de sănătate parodontală.

13. ÎNTREȚINEREA ȘI DISPENSARIZAREA :

Pentru a preveni pierderea suportului dinților trebuie să împiedic formarea depozitelor microbiene (placă microbiană) de la nivelul suprafețelor dentare. Am înțeles că pentru a asigura funcționalitatea și longevitatea restaurărilor stomatologice, a dinților și a țesuturilor de suport ale acestora este nevoie de un program riguros zilnic de întreținere și igienizare, care mi-a fost explicat.
Am înțeles de asemenea că este necesar să mă prezint de cel puțin două ori pe an pentru control, igienizare profesională periodică, precum și pentru remedierea precoce a eventualelor probleme apărute. Am înțeles că nerespectarea acestor reguli poate determina eșecul prematur al tratamentelor, cu apariția unor complicații locale sau la distanță.

14. SCALING, CHIURETAJ GINGIVAL, PLANARE RADICULARĂ :

Am înțeles că după intervențiile de scaling, chiuretaj gingival și planare radiculară, dinții vor avea o mobilitate inițial crescută iar gingiile se vor retrage. Rădăcinile dentare astfel expuse vor fi mai sensibile. De obicei hipermobilitatea și hipersensibilitatea se remit spontan în circa șase luni, însă pot necesita tratament suplimentar. Am înțeles că rădăcinile expuse au o structură mai poroasă decât smaltul dinților și sunt mai susceptibile la retenția alimentelor și colorație decât restul suprafețelor dentare. Am înțeles că retracția gingivală din zona frontală maxilară poate fi urmată de modificări de fonație (articulare a cuvintelor) care pot necesita intervenție terapeutică suplimentară.
Am înțeles că după intervențiile de scaling, chiuretaj gingival și planare radiculară este necesară o reevaluare diagnostică, în urma căreia pot fi recomandate și alte intervenții parodontale.

15. INTERVENȚII PARODONTALE :

Am înțeles că intervențiile parodontale sunt indicate în cazul persistenței pungilor parodontale/infecției. Intervențiile parodontale au drept scop reducerea/eliminarea pungilor parodontale, eliminarea țesuturilor parodontale patologice și curățirea riguroasă a suprafețelor radiculare. Am fost informat însă că există situații în care după tratament parodontal, datorită unor factori cum ar fi faza avansată a bolii, absența unui program susținut de întreținere/dispensarizare, factori nutriționali, endocrini, afecțiuni generale etc., problemele parodontale pot persista sau chiar se pot agrava – mergând până la pierderea dinților.

16. OBTURAȚII (PLOMBE), RESTAURĂRI CORONARE/RADICULARE :

Mi-au fost explicate riscurile pe care le prezintă realizarea sau înlocuirea obturațiilor sau restaurărilor coronare/radiculare, care pot fi – fără a se limita la: hipersensibilitate tranzitorie a dintelui, inflamație a pulpei dentare cu necesitatea ulterioară a tratamentului endodontic (de canal), apariția unor fisuri/fracturi ale smaltului dentar, longevitate mai redusă a restaurărilor în raport cu cele precedente. Am înțeles de asemenea că uneori, datorită țesutului carios nedescoperit inițial, poate fi necesară o restaurare mai întinsă decât cea proiectată la început, ajungând – în cazuri extreme – până la necesitatea extracției dintelui. Am înțeles că în cazul persistenței sensibilității sau a modificărilor ocluzale (ale mușcăturii/masticației) trebuie să solicit programare la medicul curant.
Am înțeles că uneori culoarea obturațiilor nu poate coincide perfect cu cea a dinților mei naturali.
Am înțeles că în timp, obturațiile estetice își pot modifica culoarea din cauza alimentelor colorate, fumatului etc..

17. PROTEZE MOBILIZABILE (TOTALE/PARȚIALE) :

Mi-a fost explicat că purtarea unei proteze mobilizabile poate fi dificilă. Pot apărea zone dureroase persistente, modificări de fonație (articularea sunetelor) și dificultăți în masticație. Protezarea imediată (plasarea protezei imediat după extracțiile dinților) poate fi dureroasă.
Protezarea imediată poate necesita numeroase ajustări și rebazări. Am înțeles că sunt necesare căptușiri sau rebazări la anumite intervale de timp. Costurile rebazării sau căptușirii nu sunt incluse în costul protezei. Este de asemenea responsabilitatea mea de a respecta programarea pentru ședința de aplicare a protezei. Întârzierile pot necesita refacerea protezei cu costuri adiționale care intră în responsabilitatea mea.

18. DOCUMENTAȚIA CLINICĂ :

Sunt de acord ca medicul curant și orice alt membru al echipei sale să realizeze și să utilizeze în scop didactic și documentar științific fotografii, diapozitive, secvențe filmate, radiografii și orice alte date clinice ale cazului meu, cu respectarea confidențialității privind identitatea mea.

19. Sunt pe deplin de acord cu recomandările medicului dentist în îngrijirea căruia mă aflu, înțelegând că nerespectarea acestor recomandări poate duce la un rezultat final mai puțin decât optim sau chiar la eșecul tratamentului.

20. Am avut oportunitatea să pun întrebările pe care le-am dorit privind planul de tratament și tuturor întrebărilor li s-a răspuns satisfăcător.

21. Certific că știu să scriu și să citesc în limba română și că am înțeles în totalitate acest text.

DATA …… **PACIENT ……**