

C.M.I./S.C. ....  
SEDIU:.....  
CIF/CUI .....  
TEL:.....  
E-MAIL: .....

## CONSIMTAMANTUL PACIENTULUI PENTRU INSERAREA DE IMPLANTURI

*Va rugam sa cititi acest document cu atentie . Orice intrebare care o aveti , legata de procedurile propuse , trebuie adusa in atentia medicului inainte de a semna acest act si de interventia chirurgicala .*

Subsemnatul(a).....cu domiciliul in localitatea.....str. ....,nr.....,bl. ....,sc. ....ap. ....,judet.....,tara.....,legitimat (a) cu.....seria.....nr.....,tel. ....in calitate de pacient/reprezentant legal al pacientului.....,C.N.P.(al pacientului),autorizez-permit C.M.I./S.C.....S.R.L.si dr. ....si colaboratorilor cooronati de acesta sa realizeze urmatoarea interventie chirurgicala.....

1.Medicii mi-au prezentat diferitele tipuri de implante folosite in medicina dentara si am fost informat(a) si de alte metode de a inlocui dintii care imi lipsesc , cum ar fi protezele traditionale (fixe sau mobile) , pe care nu le accept . Am fost informat si despre riscurile pe care le implica celelalte alternative de tratament .

Am inteles ca cele mai folosite tipuri de implanturi sunt cele endoosoase , tipul de implant recomandat pentru cazul meu fiind cuprins in aceasta categorie . Am inteles ca implantele endoosoase ( cunoscute si sub forma de implante de radacina ) in general au prognoza cea mai previzibila .

Am fost informat si mi-am luat angajamentul sa ma intorc in aceasta clinica pentru examinare si pentru orice tratament recomandat cel putin odata la 6 luni , in caz contrar imi asum responsabilitatea . Sunt constient ca neprezentarea mea la control poate pune in pericol succesul clinic al sistemului de implante . In consecinta , sunt de acord ca medicul meu sa fie eliberat de orice vina si sa fie considerat nevinovat daca esecul implantului se datoreaza neprezentarii la control sau nerespectarii tratamentului recomandat de medic . Mi s-a explicat si am inteles ce interventii sunt necesare pentru inserarea implantelor in cavitatea mea bucala .

2. Am fost informat ca in lipsa unui tratament pentru inlocuirea dintilor lipsa sau a protezei existente ma supun unor riscuri printre care :

a) mentinerea actualelor proteze pariale sau totale se poate face doar in cazul in care ele sunt fie rebazate fie inlocuite la fiecare 3 pana la 5 ani , in caz contrar se va ajunge la resorbtia crestei alveolare .

b) orice discomfort sau ineficienta masticatorie prezenta la ora actuala se va mentine sau se poate agrava in timp .

- c) vor avea loc migrari , basculari sau extruzii ale dintilor restanti .
- d) dinti mobili , boala parodontala sau chiar extractii dentare .
- e) probabilitatea aparitiei disfunctiei temporo-mandibulare .

3. Sunt constient ca practicarea medicinei dentare si a chirurgiei oro-dentare nu este o stiinta exacta si nu mi s-au dat nici un fel de garantii totale legate de succesul interventiei chirurgicale implantare , de tratamentul si procedurile asociate , sau legate de manoperele stomatologice postchirurgicale . Mai mult , mi s-a explicat ca exista riscul esecului interventiei chirurgicale si sunt constient ca in viitor exista riscul ca implantul sa esueze , uneori fiind necesare reinterventii chirurgicale corectoare pentru indepartarea sau inlocuirea implantului . Remedierea acestui esec si procedurile ulterioare atrag dupa sine costuri suplimentare pe care sunt dispus(a) sa le suport .

4. Inteleg ca succesul unui implant depinde de un numar de variabile care includ , dar nu se limiteaza la : toleranta si sanatatea individuala a pacientului , variatiile anatomice , grija pacientului pentru implant , igiena bucala a pacientului , unele obiceiuri vicioase cum ar fi bruxismul (scrasnitul dintilor) , materialul si designul implantului . De asemenea , inteleg ca implantele sunt disponibile intr-o mare varietate de forme si materiale si ca alegerea implantului este determinata de judecata profesionala a medicilor curanti .

5. Am fost informat de posibilele riscuri si complicatii ale terapiei implantare , ale anesteziei si procedurilor propuse care includ , dar nu se limiteaza la : esecul implantului(implantelor) , inflamatie , tumefactie , infectie , modificari de culoare , paretezii (cu extinderea si durata exacta necunoscute) , inflamatia vaselor sangvine , afectarea dintilor existenti , fracturi osoase , perforarea sinusului , vindecare intarziata sau reactii alergice la medicatia utilizata . Nimeni nu mi-a facut nici o promisiune si nu mi-a dat nici o garantie cu privire la consecintele acestui tratament sau acestor proceduri . Inteleg ca aceste complicatii pot aparea chiar daca toate procedurile au fost executate corect .

6. Am fost avertizat ca **fumatul** , **alcoolul** sau **consumul excesiv de dulciuri** poate afecta vindecarea tesuturilor moi si poate limita succesul implantului . Pentru ca nu exista nici o posibilitate de a prezice cu acuratete capacitatea de vindecare a gingiei si osului fiecarui pacient , stiu ca trebuie sa ma prezint la control in mod regulat la medicii care m-au operat si sa urmez instructiunile postoperatorii si de igiena buco-dentara indicate .

7. Am inteles ca o ingrijire buco-dentara eficienta , care include periajul dentar , utilizarea apei de gura , matasii dentare , si a oricarui dispozitiv recomandat de medicul meu , este critica pentru succesul tratamentului , iar daca nu fac acest lucru , imi asum o mare parte din vina pentru esecul implantului . **Am inteles ca , cu cat fumez mai mult , cu atat esecul implantului este mai probabil si accept acest risc .**

8. Sunt de acord cu tipul de anestezie care mi-a fost prezentat , si posibilele sale efecte secundare locale si generale .

9. In cazul in care medicii considera necesara utilizarea unor materiale sintetice de aditie osoasa sau a unor membrane , sunt de acord sa suport cheltuielile suplimentare pe care acestea le implica . Daca este necesara o augmentare osoasa care necesita o interventie de elevare a planseului sinusal , permit si cer medicului si oricarui colaborator ales de el , sa realizeze interventii de chirurgie corectiva pe maxilarul meu . Operatia presupune inserarea unui material de substitutie osoasa , os demineralizat uscat si refrigerat si/sau hidroxiapatita , in planseul sinusului , in speranta ca osul nou format va fi incorporat in acest material si astfel vor putea fi inserate implantele . Am fost de acord ca medicii sa decida ce tip de material sa foloseasca in acest scop .

In functie de procedura , implantele se vor insera in aceeaasi sedinta sau va fi necesara o a II-a procedura pentru a insera implantele . Scopul acestui procedeu este de a forma un os de o calitate si cantitate suficienta in zona laterala a maxilarului pentru a stabili implantele care sa poata servi ca stalpi pentru proteze fixe , proteze mobilizabile sau mobile . Medicii mi-au explicat si descris operatia pe intelesul meu . Se intelege ca se asteapta rezultate bune , insa nu exista si nici nu s-a dat o garantie ca vor rezista o anumita perioada de timp .

10. Daca in timpul operatiei apar situatii neprevazute , cum ar fi ruperea implantului in timpul etapei de inserare , care necesita alte interventii decat cele deja discutate cu medicul meu , sunt de acord ca medicul meu si colaboratorul sau , sa hotarasca si sa faca ceea ce considera ca este necesar in circumstantele date , inclusiv renuntarea la inserarea implantelor .

11. Aprob orice modificare pe care medicul ar putea sa o faca intraoperator in legatura cu alegerea tipului de implant , a materialului ( materialelor ) sau a tipului de ingrijire medicala , daca medicul meu cu judecata sa profesionala , decide ca este spre binele meu sa procedeze asa .

12. In cunostinta de cauza , am facut un raport adevarat al istoricului meu medical in anexa acestui document . Am raportat orice episod alergic sau reactie neobisnuita la medicamente , mancare , muscaturi de insecte , anestezice , polen , praf , sange sau boli de sange , reactii la nivelul mucoasei (gingiei) si a tegumentelor , sangerari anormale sau orice probleme survenite in orice domeniu medical , dentar , alte ingrijiri de sanatate si tratament .

13. Inteleg faptul ca exista riscuri asociate acestei proceduri , iar acestea mi-au fost explicate . Printre acestea (dar nu se limiteaza numai la cele enumerate ) sunt : umflarea (edemul) , afectarea sau chiar pierderea altor dinti , a unor obturatii preexistente sau a altor restaurari dentare ; infectia sau abcesul ; durerea ; sangerarea semnificativa ce poate fi de durata si in cantitate mare ; probleme sinusale sau nasale sau infectia ; vindecarea grea , pierderea osoasa ; fractura maxilarelor ; lezarea nervilor din vecinatatea locului operat ce poate conduce la durere , parestezia sau anestezia buzelor , obrazilor , fetei , gurii , dintilor si limbii ( care in mod uzual sunt temporare , dar pot fi si permanente ) ; pierderea sau afectarea simtului gustativ ; caderea colturilor gurii ; deschiderea accidentala si infectia cavitatii sinusale . Desi se spera obtinerea unui rezultat estetic , acesta nu poate fi garantat . De asemenea , inteleg ca oricare dintre complicatiile enumerate anterior poate necesita un tratament medical , dentar sau chirurgical aditional efectuat la cabinet sau chiar in cadrul unui spital.

14. Sunt de acord ca , daca nu voi urma recomandarile si sfaturile medicului meu , in ceea ce priveste ingrijirea postoperatorie , el poate termina aceasta relatie medic-pacient . Sunt constient ca ingrijirea postoperatorie si tratamentul de mentinere sunt critice pentru succesul implantelor dentare . In plus , sunt constient ca pentru mentinerea implantelor sunt necesare vizite de rutina si ingrijire profilactica , de asemenea pot fi necesare si interventii periodice pentru a asigura succesul implantelor . Accept responsabilitatea oricarei consecinte nedorite care apare ca urmare a nerespectarii indicatiilor date .

15. Autorizez efectuarea de fotografii , diapozitive , filmari , radiografii sau alte tipuri de inregistrari ca si orice investigatii vizuale complementare tratamentului meu care sa fie folosite ca material didactic . Oricum nu se va folosi nici o fotografie sau alta inregistrare care sa-mi dezvalui identitatea fara acordul meu scris .

16. Realizez si inteleg ca scopul acestui document este de a evidentia faptul ca eu , in deplina cunostinta de cauza , sunt de acord cu procedurile de implantare recomandate .

Dupa cunostiintele mele am dat un raport exact al istoricului meu de sanatate fizica si mentala . Am raportat eventualele reactii alergice , reactii neobisnuite la medicamente , alimente , intepaturi de insecte , anestezice , polen , praf , boli de sange , boli generale reactii cutanate , sangerari anormale sau alte afectiuni .

MENTIONEZ CA AM AVUT POSIBILITATEA SA CITESC SI SA INTELEG PE DEPLIN TERMENII SI CUVINTELE FOLOSITE IN ACEST DOCUMENT SI EXPLICATIILE REFERITOARE LA ACESTEA . MI S-A RASPUNS COMPLET LA TOATE INTREBARILE SI AM AVUT POSIBILITATEA SA CITESC ATENT ACEST FORMULAR INAINTE DE A-L SEMNA .

INCUVINTEZ , INFORMAT FIIND , REALIZAREA INTERVENTIILOR CHIRURGICALE SI PROTETICE .

Semnatura pacientului

Semnatura medicului

Data :