

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

1. Date pacient	Nume și prenume:	
	Domiciliul/reședință:	
2. Reprezentantul legal al pacientului*	Nume și prenume:	
	Domiciliul/reședință:	
	Calitate:	
3. Actul medical (descriere)		
4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical:	Da	Nu
Date despre starea de sănătate		
Diagnostic		
Prognostic		
Natura și scopul actului medical propus		
Intervențiile și strategia terapeutică propuse		
Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:		
Riscurile neefectuării tratamentului		
Riscurile nerespectării recomandărilor medicale		

*Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ.

		DA	NU
5. Consimțământ pentru recoltare	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice.		
6 Alte informații care au fost furnizate pacientului			
Informații despre serviciile medicale disponibile			
Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata*			
Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte			
Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală.			
7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate.			

*Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul

I) Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal) declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către (numele și prenumele medicului/asistentului medical) și enumerate mai sus, că am prezentat medicului/asistentului medical doar informații adevărate și imi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

x _____ Semnătura pacientului / reprezentant legal care consimte informat la efectuarea actului medical	Data: —J/____ Ora: _____
--	--------------------------

II) Subsemnatul pacient / reprezentant legal declar că am înțeles toate

informațiile furnizate de către (numele și prenumele medicului/asistentului medical care a informat pacientul) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.

x _____ Semnătura pacientului / reprezentant legal care refuză efectuarea actului medical	Ora: _____ Data: —J//_____
--	-----------------------------------

Prin prezenta declar că sunt de acord cu planul de tratament propus de medicul stomatolog, cu toate etapele sale, cu tratamentele efectiv realizate de medicii stomatologi și angajații/colaboratorii acestora (asistente medicale, tehnicieni dentari, etc) cu eventualele modificări impuse pe parcurs de evoluția afecțiunilor, cu complicațiile și riscurile în general acceptate ale metodelor de investigație, diagnostic și tratament.

În cazul unei schimbări majore de stare generală de sănătate, de diagnostice sau în planul de tratament, inclusiv prin evoluția neprevăzută și nefavorabilă a afecțiunilor locale, sunt de acord să semnez un nou formular de acord, adecvat noilor situații.

TRATAMENTUL ENDODONTIC (DE CANAL)

Tratamentul de canal nu garantează salvarea dintelui și există situații în care, în ciuda tuturor eforturilor depuse pentru salvarea dintelui, acesta trebuie extras. Alternativele tratamentului de canal sunt reprezentate de extracția dintelui sau nanointervenție. Este obligatorie finalizarea tratamentului endodontic. În timpul sau după efectuarea tratamentului de canal pot apărea următoarele, fără a se limita la: durere, tumefacție (umflătură), infecție, reinfecție, iritarea sau lezarea mucoasei bucale înconjurătoare, afectare parodontală (pierderea suportului osos și mobilizarea dintelui ca urmare a infecției), ruperea unor instrumente (cum ar fi acele de canal) în interiorul rădăcinii dintelui, perforația coroanei sau a rădăcinii dintelui. Rata de succes a tratamentului endodontic este de 85-95% și uneori tratamentul endodontic trebuie repetat sau/și pot fi necesare mici intervenții chirurgicale asupra dintelui respectiv sau poate fi necesară reluarea tratamentului. Tratamentul de canal poate necesita uneori mai multe ședințe pentru a fi finalizat. De asemenea, tratamentul de canal poate determina colorarea dintelui și o susceptibilitate mai mare la fractură a dintelui, de aceea este obligatoriu ca după finalizarea tratamentului endodontic dintele să primească o restaurare definitivă: obturație sau coroană.

TRATAMENTUL DE ALBIRE

După tratamentul de albire este posibil ca dinții să prezinte hipersensibilitate persistentă. În timpul și după tratamentul de albire este posibilă apariția sensibilității leziunilor la nivelul gingiei. Intesitatea și durata efectului de albire este variabilă.

EXTRACȚIA DENTARĂ

După extracția dentară poate apărea, prin afectarea nervilor din vecinătate, fără a se limita la: reducerea/pierderea sensibilității dinților vecini, a buzelor, limbii și a țesuturilor înconjurătoare (parestezie/anestezie) pe o perioadă nedeterminată de timp.

Riscurile pe care le presupune extracția dentară pot fi, fără a se limita la: durere, tumefacție (umflătură), învințire, alveolită (infecție), vindecare întârziată, afectarea dinților și a restaurărilor din vecinătate sau de pe arcada antagonistă, deschiderea sinusurilor maxilare, a foselor nazale, fractura rădăcinilor și împingerea lor la sinusul maxilar, la fosele nazale sau în spațiile înconjurătoare, în canalul mandibular sau în gaura mezială, aspirarea și/sau înghițirea de corpi străini, spasme musculare locale, fractura maxilarului sau a mandibulei, afectarea nervilor din vecinătate cu reducerea/pierderea sensibilității dinților vecini, a buzelor, limbii și a țesuturilor înconjurătoare (parestezie/anestezie) pe o perioadă nedeterminată de timp, lezarea unor vase de sânge din vecinătate: arteră alveolară, maxilară, palatină sau ramuri mucozale sau intraosoase ale acestora. Am înțeles că în cazul accidentelor din timpul anesteziei, a complicațiilor intraoperatorii, accidentelor și incidentelor postextracționale poate apărea necesitatea unui tratament de specialitate la un medic chirurg maxilo-facial, tratament de specialitate al cărui cost intră în responsabilitatea mea.

BOALA PARODONTALĂ

Problemele parodontale manifestate prin afectarea gingiei și a osului adiacent pot duce la pierderea mai rapidă a dinților, lucrărilor protetice și implaturilor. Planul de tratament mi-a fost explicat și cuprinde: un program de întreținere/dispensarizare, intervenția de scaling, chiuretaj radicular și planare radiculară și în unele cazuri intervenții parodontale, inclusiv chirurgicale asupra dinților, gingiei și osului, adiție osoasă și/sau extracții. Absența intervenției poate agrava starea de sănătate parodontală.

SCALING, CHIURETAJ GINGIVAL, PLANARE RADICULARĂ

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.

Anexa la acordul pacientului informat

Prezentul document reprezintă anexa la acordul pacientului informat de către:

_____ (numele și prenume pacient/ reprezentant legal)

în data _____ de pentru actul
medical _____

Personalul medical care îngrijește pacientul		
Nr.Ctt.	Nume și prenume	Statut profesional
1		
2		
3		
4		
5		