

FORMULAR DE CONSIMTAMANT INFORMAT

IN VEDEREA EFECTUARII TRATAMENTELOR CHIRURGICALE IN

CABINETUL DE MEDICINA DENTARA

Subsemnatul(a) _____, avand domiciliul/resedinta situat(a) in (localitatea) _____, (b-dul, str., aleea, intrarea etc.) _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, (sector/judet) _____, (tara) _____, legitimat(a) cu _____ (B.I./C.I./pasaport) seria _____, nr. _____, tel. _____, in calitate de pacient/reprezentant legal al pacientului _____, cod numeric personal (al pacientului) _____, autorizez si permit

_____ (denumire cabinet de medicina dentara) si dr. _____ (nume si prenume medic dentist), precum si colaboratorilor coordonati de acesta sa realizeze urmatoarea interventie chirurgicala:

Mentionez ca am fost informat(a) cu privire la natura, scopul, beneficiile si riscurile neefectuării interventiei chirurgicale si a celorlalte optiuni terapeutice care mi-au fost explicate pe intelesul meu, inclusiv faptul ca am dreptul de a solicita si o alta opinie medicala.

Mi s-au prezentat si am inteles riscurile asociate, respectiv consecintele pe care le presupune interventia chirurgicala (anticipate sau prevazute), cat si riscurile pe care le impun investigatiile necesare interventiei chirurgicale mai sus-mentionata.

Inteleg si ca toate procedurile specifice interventiei chirurgicale si cele corespunzatoare investigatiilor asociate pot implica si riscuri imprezibile (inclusiv riscul de deces).

Totodata, mi s-a explicat si am inteles ca toate procedurile de chirurgie efectuate in cabinetul de medicina dentara presupun o serie de riscuri, unele inevitabile:

-reactii alergice/toxice la medicamente si substante anestezice pre-, intra- si postoperator;

- hemoragie intra- ai postoperatorie;
- hematoame, echimoze, edeme postoperatorii;
- dureri in teritoriul oro-maxilo-facial;
- dehiscenta plagilor;
- lezarea dintilor invecinati;
- hipoestezia/anestezia nervului alveolar inferior, mentonier, lingual, infraorbitar;
- infectii ale spatiilor fasciale cervico-faciale;
- osteita/osteomielita oaselor maxilare;
- sinuzite maxilare;
- comunicare oro-sinuzala sau oro-nazala;
- fracturi ale oaselor maxilare;
- accidente prin ruperea instrumentarului in timpul manevrelor chirurgicale;
- escoriatii, plagi, ulceratii produse prin contactul mucoaselor cu instrumentarul chirurgical sau cu substante medicamentoase.

De asemenea, inteleg necesitatea consultului interdisciplinar insotit de avizul de specialitate pentru efectuarea interventiei chirurgicale.

Declar că sunt constient(a) de aceste riscuri si le accept fara a solicita ulterior daune materiale sau morale medicului dentist curant sau cabinetului de medicina dentara.

Ca urmare, inteleg necesitatea acestei interventii chirurgicale pe care doresc sa o efectuez si declar caa nu am primit nici o garantie sau asigurare in ceea ce priveste rezultatul final.

In scopul realizarii interventiei chirurgicale consimt la administrarea anesteziei loco-regionale, fiind informat(a), pe intelesul meu, asupra riscurilor administrarii substantelor anestezice in corelatie cu starea generala, fiind constient(a) de riscurile pe care le presupune.

In consecinta si in conditiile precizate imi dau liber si in cunostinta de cauza consimtamentul pentru interventia chirurgicala prezentata.

In conformitate cu art. 19 si 20 din Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, imi/nu imi exprim acordul de a participa in calitate de pacient la invatamantul medical clinic si la cercetarea stiintifica, precum si cu privire la fotografierea/filmarea mea pre-, intra- si post-operator, toate aceste informatii putand fi folosite in scop didactic, medical si stiintific. Inteleg ca in timpul realizarii interventiei

chirurgicale/investigatiei pot fi prezente in spatiul afectat efectuării acestora și alți membri ai personalului medical sau alte persoane autorizate, în scopurile mai sus arătate, și consimt/nu consimt la prezența acestora.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și că urmare semnez prezentul consimțământ informat.

Data _____