

FORMULAR DE INFORMARE ȘI CONSIMȚĂMÂNT PRIVIND TRATAMENTUL STOMATOLOGIC

1. Sunt de acord ca mediculși/sau alt medic dentist numit de acesta să realizeze examinarea, diagnosticul, recomandările și intervențiile terapeutice necesare în cazul meu.

2. Etapele necesare pentru tratarea afecțiunii(ilor) mele mi-au fost explicate și includ: obturații , coroane , punți , radiografiile , extracții , tratamente endodontice , tratament parodontal , proteze mobilizabile , tratament ortodontic , altele:.....

3. Am fost informat cu privire la diagnosticul afecțiunilor mele dentare la alternativele de tratament ale acestor afecțiuni (dacă ele există), precum și la consecințele ne-intervenției terapeutice pe care mi le asum în caz de neprezentare sau refuz al tratamentului propus. Am înțeles că există riscuri inerente și potențiale pentru orice plan de tratament sau intervenție terapeutică. Deși nu apar în mod obișnuit, aceste riscuri se pot manifesta, după cum urmează:

MEDICAȚIA: Am înțeles că anestezicele, antibioticele, analgeticele, antiinflamatoarele sau alte medicamente și substanțe pot cauza diverse reacții alergice care se pot manifesta prin, fără a se limita la: eritem (roșeață), tumefacții (umflături), dureri, senzație de vomă, hemoragie gastrică , tahicardie, bradicardie, șoc anafilactic. Am înțeles că apariția acestor reacții nu intră în responsabilitatea medicului curant, sunt un risc pe care mi-l asum, și declar că am precizat medicului orice reacție adversă apărută în antecedente la substanțele de care am fost întrebat.

SCHIMBĂRI ÎN PLANUL DE TRATAMENT: Am înțeles că în timpul procedurii(ilor) terapeutice planificate pot apărea informații diagnostice neprevăzute, care să extindă amploarea și/sau tipul intervenției(ilor). Autorizez prin aceasta persoana(ele) prevăzută(e) la paragraful 1 să realizeze și intervențiile neprevăzute în momentul inițierii tratamentului.

RADIOGRAFII DIAGNOSTICE: Am înțeles că pentru precizarea diagnosticului și stabilirea planului de tratament pot fi necesare serii repetate de radiografii. Am înțeles că refuzul de a face aceste radiografii poate avea consecințe negative asupra rezultatului final, mergând până la eșecul tratamentului, consecințe pe care mi le asum.

ANESTEZIA, EXTRAȚIA, ALTE INTERVENȚII DE CHIRURGIE ORALĂ: Am înțeles că în timpul anesteziei, extracției dentare, alte intervenții de chirurgie orală poate apărea următoarele accidente : fractura corticalei alveolare, fractura tuberozității maxilare, fractura mandibulei, împingerea unui dinte în sinus, împingerea molarului de minte superior în spațiul pterigomaxilar sau a celui inferior în planșeul bucal sau spațiul latero-faringian, deschiderea accidentală a sinusului maxilar, fractura sau luxația dinților vecini sau antagoniști, plăgi ale mucoasei, gingiei și limbii, luxația articulației temporo-mandibulară, înghițirea sau aspirarea unor fragmente dentare sau osoase, deschiderea canalului mandibular, lezarea nervilor alveolar inferior, mentonier, lingual sau nazo-palatin. Am înțeles că după intervenție pot apărea următoarele complicații: durere, tumefacție, trismus (imposibilitatea deschiderii gurii), odinofagie (durere la înghițire), hemoragie, echimoză, hematom, complicații infecțioase, vindecare întârziată, parestezie/anestezie, fractură de unghi mandibular. Am înțeles alternativele la extracția dentară. Am înțeles că extracțiile dentare și celelalte intervenții de chirurgie orală pot fi realizate de un medic specialist chirurg maxilo-facial sau dento-alveolar, însă prefer ca ele să fie făcute de persoana(ele) prevăzută(e) la paragraful 1. Sunt de acord cu extracția următorilor dinți :Am înțeles și îmi asum riscurile și complicațiile enumerate mai sus, pe care le presupun extracția dentară și celelalte intervenții de chirurgie orală. Am înțeles că în cazul complicațiilor, poate apărea necesitatea unui tratament de specialitate la un medic chirurg maxilo-facial, tratament de specialitate al cărui cost intră în responsabilitatea mea.

Am înțeles necesitatea și sunt de acord cu extracția următorilor dinți în scop ortodontic :

la indicațiile medicului specialist ortodont

FAȚETE, COROANE ȘI PUNȚI: Am înțeles că pentru aplicarea fațetelor/coroanelor este necesară prepararea (șlefuirea) și devitalizarea dinților. Am înțeles că uneori forma și culoarea fațetelor/coroanelor nu coincide perfect cu forma și culoarea dinților naturali. Am înțeles că uneori trebuie să port coroane provizorii până la aplicarea celor finale, iar aceste coroane se pot decimenta ușor. Am înțeles că pot solicita modificări de formă sau culoare a noilor mele fațete/coroane/punți numai înainte ca acestea să fie fixate definitiv. Am înțeles de asemenea că trebuie să respect cu strictețe programarea pentru cimentarea finală, deoarece întârzierile pot duce la migrarea dinților preparați, limitanți sau antagoniști breșei edentate. Aceste întârzieri pot necesita refacerea fațetelor/coroanelor/punților cu costuri adiționale care cad în responsabilitatea mea. Am înțeles că după fixarea (cimentarea) fațetelor/coroanelor poate apărea sensibilitate la nivelul dinților pe care acestea sunt aplicate. În cazul în care această sensibilitate este persistentă, am înțeles că trebuie să solicit programare la medicul (ii) prevăzuți la paragraful 1. Am înțeles că fațetele/coroanele din ceramică/compozit (fără metal) sunt restaurări fragile, care se pot fisura/fractura relativ ușor, chiar în cazurile în care sunt corect concepute și realizate. Am înțeles că există riscul înghițirii sau aspirării instrumentarului mic sau a lucrărilor protetice în timpul tratamentului stomatologic.

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

TRATAMENTUL DE ALBIRE: Am înțeles că după tratamentul de albire este posibil ca dinții să prezinte hipersensibilitate persistentă. Am înțeles de asemenea că în timpul și după tratamentul de albire este posibilă apariția sensibilității/leziunilor la nivelul gingiei. Am înțeles că intensitatea și durata efectului de albire este variabilă.

TRATAMENTUL ENDODONTIC (DE CANAL): Am înțeles că tratamentul de canal nu garantează salvarea dintelui și că există situații în care, în ciuda tuturor eforturilor depuse pentru salvarea dintelui, acesta trebuie extras. Am înțeles alternativele tratamentului de canal reprezentate de extracția dintelui sau nonintervenție. De asemenea am înțeles posibilele consecințe și riscuri ale nefinalizării tratamentului de canal odată ce acesta a fost început, riscuri ce mi le asum prin neprezentare la tratament. Am înțeles că ocazional, în timpul sau după efectuarea tratamentului de canal pot apărea următoarele: 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 datorită unor canale calcificate, perforația coroanei sau a rădăcinii dintelui. Am înțeles de asemenea că rata de succes a tratamentului endodontic este de 85-95% și că uneori tratamentul endodontic trebuie repetat sau/și pot fi necesare mici intervenții chirurgicale asupra dintelui respectiv. Am înțeles de asemenea că tratamentul de canal poate necesita uneori mai multe ședințe 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: obturație sau coroană. Am înțeles că intervențiile de albire/restaurare ulterioare nu sunt incluse în costul tratamentului endodontic.

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.

ÎNȚEȚINEREA 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. **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 remită spontan în circa șase luni, însă pot necesita tratament suplimentar. Am înțeles că rădăcinile expuse au o structură mai poroasă decât smalțul dinților și sunt mai susceptibile la retenția alimentelor și colorație decât restul suprafețelor dentare. Am înțeles că tracțiunea gingivală din zona frontală maxilară poate fi urmată de modificări de fonajie (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.

INTERVENȚII CHIRURGICALE 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.

OBTURAȚII (PLOBE), 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 smalțului 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 planificată inițial, ajungând – în cazuri extreme – până la necesitatea extracției dintelui. Am înțeles că în cazul persistenței sensibilității sau a modificărilor ocluzale (ale mușcăturii/masticăției) 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 trebuie să acord o atenție sporită în evitarea masticăției pe partea pe care s-au realizat noile obturații în primele 24 de ore de la intervenție, pentru a evita fractura lor. Am înțeles că în timp, obturațiile estetice își pot modifica culoarea din cauza alimentelor colorate, fumatului etc..

PROTEZE MOBILIZABILE (TOTALE/PARȚIALE): Mi-a fost explicat că purtarea unei proteze mobilizabile poate fi dificilă. Pot apărea zone dureroase persistente, modificări de fonajie (articularea sunetelor) și dificultăți în masticăție. 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.

4. 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.

5. Sunt 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.

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

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

8. Am fost informat(ă) cu privire la definiția de caz COVID-19 (conform CNSBT/27.03.2020), inclusiv la riscul contaminării mele cu COVID-19, cu tot protocolul strict respectat.

9. Am fost informat(ă) că prezentul act de acord reprezintă o obligație a medicului, în conformitate cu dispozițiile art. 649 din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății.

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

DATA

SEMĂTURĂ DECLARANT¹

² În cazul reprezentantului legal/aparținătorului se va completa numele și prenumele în clar, precum și calitatea față de pacient.