



## FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT ÎN VEDEREA TRATAMENTELOR CHIRURGICALE ÎN CABINETUL DE MEDICINA DENTARĂ

Subsemnatul (a) .....  
domiciliat (ă) în .....  
legitimat (ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ...., tel. ....  
consimt să mi se efectueze intervenția chirurgicală următoare:.....

Toate procedurile de chirurgie dento-alveolară presupun o serie de complicații, unele inevitabile:

- reacții alergice/toxice la medicamente și substanțe anestezice pre-, intra- și postoperator
- hemoragie intra- și postoperatorie
- hematoame, echimoze, edeme postoperatorii
- dureri în teritoriul oro-maxilo-facial
- dehiscenta
- lezarea dinților învecinați
- hipoestezia/anestezia nervului alveolar inferior, mentonier, lingual, infraorbitar
- infecții ale spațiilor fasciale cervico-faciale
- osteita/osteomielita oaselor maxilare
- sinuzite maxilare
- comunicare oro-sinuzală sau oro-nazală
- fracturi ale oaselor maxilare
- accidente prin ruperea instrumentarului în timpul manevrelor chirurgicale
- escoriații, plăgi, ulcerații produse prin contactul mucoaselor cu instrumentarul chirurgical sau cu substanțe medicamentoase

Natura, scopul, beneficiile și riscurile neefectuării acestei intervenții chirurgicale și a celorlalte opțiuni terapeutice mi-au fost explicate pe înțelesul meu de către

Dr....., pe care îl desemnez pentru a efectua intervenția chirurgicală de mai sus.

Mi s-au prezentat riscurile asociate, accidentele și complicațiile posibile, precum și riscurile imprevizibile (inclusiv riscul de deces), consecințele pe care le presupune intervenția chirurgicală, cât și riscurile pe care le impun investigațiile necesare intervenției chirurgicale pe care urmează să o efectuez (e). De asemenea înțeleg necesitatea consultului interdisciplinar însoțit de avizul de specialitate pentru efectuarea intervenției chirurgicale dento-alveolare.

Declar că sunt conștient (ă) de aceste riscuri, accidente și complicații și le accept fără a solicita ulterior daune materiale sau morale medicului curant sau cabinetului de medicina dentară.

Ca urmare, înțeleg necesitatea acestei intervenții chirurgicale pe care doresc să o efectuez și declar că nu am primit nici o garanție sau asigurare în ceea ce privește rezultatul final.

În scopul realizării intervenției chirurgicale consimt la administrarea anesteziei loco-regionale, fiind informat(a), pe înțelesul meu, asupra riscurilor administrării substanțelor anestezice în corelație cu starea generală, starea de graviditate, alergii, etc., fiind conștient (ă) de riscurile pe care le presupune.

Postoperator, mă angajez să respect cu strictețe toate recomandările indicate de medicul curant, să nu conduc autovehicule dacă am fost atenționat asupra administrării unor substanțe medicamentoase care pot afecta într-o oarecare măsură nivelul conștienței și să comunic medicului curant orice modificare ce ar putea sugera o evoluție postoperatorie nefavorabilă.

În consecință și în condițiile precizate îmi dau liber și în cunoștință de cauză consimțământul pentru intervenția chirurgicală prezentată.

În conformitate cu Legea 46/21.01.2003 (Drepturile pacientului) articolul 19 și 20, îmi exprim acordul de a participa în calitate de pacient la învățământul medical și de cercetare științifică, precum și la fotografierea/filmarea mea pre-, intra- și post-operator, toate acestea putând fi folosite în scop didactic, medical și științific.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare semnez:

.....  
(semnătura pacientului/reprezentantului legal)

.....  
(data)