



Str. Costache Marinescu nr. 14, Sector 1, București
Telefon/Fax: 021/222 56 71; Tel/Fax:021/222 05 44
Email:secretariat@cmdr.ro;www.cmdr.ro
CUI: 16962265
Banca:LIBRA INTERNET BANK - Sucursala Ștefan cel Mare
Cont IBAN RON: **RO54BREL070002685RO11001**

DECIZIA NR. 2

În temeiul art. 500 și 502 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, raportat la prevederile art. 649,

Consiliul Național al Colegiului Medicilor Dentiști din România

adoptă următoarea

DECIZIE

Art. 1. Medicii dentiști și medicii dentiști specialiști/primari în specialitățile medicinei dentare care efectuează intervenții chirurgicale vor solicita, în condițiile legii, acordul scris al pacientului înainte de a îl supune la metode de prevenție, diagnostic și tratament specifice, cu potențial de risc pentru pacient.

Art. 2. Acordul scris va conține cel puțin elementele minime prevăzute în modelul din anexa nr. 1, parte integrantă din prezenta decizie.

Art. 3. Prezenta decizie se comunică colegiilor teritoriale și intră în vigoare începând cu data de 19.02.2013.

Președintele Colegiului Medicilor Dentiști din România,
Prof. dr. Ecaterina Ionescu



București, 19.01.2013
Nr. 2

FORMULAR DE CONȘIMȚĂMÂNT INFORMAT
ÎN VEDEREA EFECTUĂRII TRATAMENTELOR CHIRURGICALE ÎN
CABINETUL DE MEDICINĂ DENTARĂ

Subsemnatul(a) _____, având domiciliul/reședința situat(ă) în (localitatea) _____, (b-dul, str., aleea, intrarea etc.) _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, (sector/județ) _____, (țara) _____, legitimat(ă) cu _____ (B.I./C.I./pașaport) seria _____, nr. _____, tel. _____, în calitate de pacient/reprezentant legal al pacientului _____, cod numeric personal (al pacientului) _____, autorizez și permit _____ (denumire cabinet de medicină dentară) și dr. _____ (prenume și nume medic dentist), precum și colaboratorilor coordonați de acesta să realizeze următoarea intervenție chirurgicală:

Menționez că am fost informat(ă) cu privire la natura, scopul, beneficiile și riscurile neefectuării intervenției chirurgicale și a celorlalte opțiuni terapeutice care mi-au fost explicate pe înțelesul meu, inclusiv faptul că am dreptul de a solicita și o altă opinie medicală.

Mi s-au prezentat și am înțeles riscurile asociate, respectiv consecințele pe care le presupune intervenția chirurgicală (anticipate sau prevăzute), cât și riscurile pe care le impun investigațiile necesare intervenției chirurgicale mai sus-menționate.

Înțeleg și că toate procedurile specifice intervenției chirurgicale și cele corespunzătoare investigațiilor asociate pot implica și riscuri imprevizibile (inclusiv riscul de deces).

Totodată, mi s-a explicat și am înțeles că toate procedurile de chirurgie efectuate în cabinetul de medicină dentară presupun o serie de riscuri, 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 plăgilor;
- 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.

De asemenea, înțeleg necesitatea consultului interdisciplinar însoțit de avizul de specialitate pentru efectuarea intervenției chirurgicale.

Declar că sunt conștient(ă) de aceste riscuri și le accept fără a solicita ulterior daune materiale sau morale medicului dentist curant sau cabinetului de medicină 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(ă), pe înțelesul meu, asupra riscurilor administrării substanțelor anestezice în corelație cu starea generală, fiind conștient (ă) de riscurile pe care le presupune.

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

În conformitate cu art. 19 și 20 din Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, îmi/nu îmi exprim acordul de a participa în calitate de pacient la învățământul medical clinic și la cercetarea științifică, precum și cu privire la fotografierea/filmarea mea pre-, intra- și post-operator, toate aceste informații putând fi folosite în scop didactic, medical și științific. Înțeleg că în timpul realizării intervenției chirurgicale/investigației pot fi prezente în spațiul afectat efectuării acesteia 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 ca urmare semnez prezentul consimțământ informat.

Data _____

(semnătura pacientului/reprezentantului legal)