



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
شهرستان مشهد



فرم رضایت جراحی ایمپلنت

مراجعه کننده گرامی ضمن عرض خوشامد و با آرزوی سلامتی برای شما ، بدیهی است دندانپزشک معالج شما حداکثر توان و تلاش خود به لحاظ علمی و مهارتی را بکار خواهد برد تا بهترین نتایج درمانی با حداقل هزینه و در سریع ترین زمان ممکن برای شما حاصل شود . با اینحال نظیر هر اقدام درمانی دیگر در حوزه پزشکی ، معالجات دندانپزشکی نیز ندرتاً ممکن است با عوارض ناخواسته توأم باشند و بدین لحاظ آگاهی از مراحل درمان و هرگونه عوارض احتمالی آن ، جزء حقوق شما است و لذا ضروری است با مطالعه فرم ارائه شده ضمن کسب اطلاعات لازم پیرامون روند معالجات و برخی عوارض محتمل ، هرگونه سوال خود در این رابطه را با دندانپزشک معالج مطرح نمایید.

دندانپزشک در رابطه با ایمپلنت و درمانهای جایگزین آن توضیحات کامل به من داده است و من می دانم که چه مراحل درمانی برای قرار دادن ایمپلنت ها لازم است.

من متعهد می شوم که چنانچه جهت معاینه (حداقل هر ۶ ماه یکبار) و سایر درمانهای توصیه شده توسط دندانپزشک به مطب / کلینیک مراجعه نکنم ، مسئولیت آن با من می باشد. عدم همکاری من در این قضیه (به هر دلیلی) می تواند موفقیت بالینی ایمپلنت را تحت تاثیر قرار دهد. و می پذیرم که چنانچه ایمپلنت ها در نتیجه عدم مراجعه من و عدم انجام درمانهای پیشگیرانه دچار عدم موفقیت و شکست شود ، دندانپزشکم را بدون تقصیر بدانم.

من آگاهی دارم که درمان ایمپلنت یک درمان با موفقیت تضمین شده و مادام العمر نیست و می دانم که ریسک عدم موفقیت در کاشت ایمپلنت وجود دارد که در این صورت نیاز به جراحی های اصلاحی - به همراه خارج کردن ایمپلنت - وجود دارد. که در این صورت درمانهای تکمیلی ممکنست هزینه های اضافی در بر داشته باشد.

من میدانم که موفقیت درمان ایمپلنت ، وابسته به فاکتورهای متعددی است از جمله (ونه محدود به) : وضعیت سلامت بیمار ، کیفیت و ساختار استخوان ، تجربه دندانپزشک ، رعایت بهداشت دهان و ایمپلنت توسط بیمار ، عاداتی از جمله فشردن و ساییدن دندانها به یکدیگر.

به من توضیح داده شده است که سیگار کشیدن ، مصرف الکل و مواد قندی می تواند بر ترمیم بافتی اثر گذاشته و احتمال موفقیت ایمپلنت را کاهش دهد و در مواردی که کیفیت و کمیت استخوان من نامناسب است و از درمانهای بازسازی استخوان استفاده شده است عمر ایمپلنت من کوتاه تر خواهد بود.



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
شهرستان مشهد



من همچنین از عوارض و ریسکهای قابل پیش بینی ایمپلنت مطلعم . این عوارض شامل (و نه محدود به موارد زیر) :
عدم موفقیت ایمپلنت ، التهاب ، تورم، عفونت ، بی حسی (شدت و طول مدت آن نا مشخص است) ، صدمات
استخوان ، ترمیم تاخیری، واکنش آلرژیک به داروها و مواد مورد استفاده می باشد.

من میدانم که این عوارض حتی در شرایطی که تمام مراحل کار به درستی انجام شوند ، میتواند رخ دهد.

همچنین می دانم که مراقبت کامل در منزل از جمله مسواک ، نخ دندان و سایر توصیه های دندانپزشک برای
موفقیت درمان ضروری است و عدم انجام این ها می تواند بخشی از علل عدم موفقیت درمان ایمپلنت باشد.

من مطلعم که ایمپلنتها و سایر مواد مصرفی در درمان ایمپلنت، در طراحی ها و برندهای مختلف موجود است و
تایید میکنم که دندانپزشکم بر اساس قضاوت حرفه ای خود تصمیم بگیرد که کدامیک بهترین انتخاب برای شرایط
من است.

من گزارش دقیقی از تاریخچه سلامتی خود ارائه دادم و هرگونه مشکلی که از درمانهای قبلی پزشکی ، دندانپزشکی
یا سایر درمانها داشته ام را در پرسشنامه تاریخچه پزشکی اعلام کرده ام.

اینجانب با مطالعه موارد فوق رضایت خود را نسبت به درمان
ایمپلنت دندانی ناحیه..... اعلام داشته و دندانپزشک معالج خود
دکتر..... را نسبت به درمان فوق بری الذمه میدانم.

تاریخ و امضا

خراسان