

Thảo luận và Thông báo Đồng ý Đối với Cấy Ghép Implant

Tên bệnh nhân: _____ Ngày: _____

Chẩn đoán: _____

Điều trị: _____

Cấy ghép răng được sử dụng để thay thế răng đã mất và cung cấp một cơ sở cho răng nhân tạo.

Vị trí cấy ghép _____

Bệnh nhân cần ký tên

_____ Tôi xin ủy quyền và chỉ đạo Bác sĩ _____ thực hiện việc phẫu thuật đặt implant nha khoa vào hàm trên và / hoặc hàm dưới của tôi. Thủ tục này gồm một giai đoạn phẫu thuật, một giai đoạn chữa bệnh, tiếp theo là giai đoạn phục hình (răng giả).

_____ Tôi hiểu rằng tôi sẽ bị rạch phía trong miệng (nướu răng) để đặt một hoặc nhiều chi tiết bằng kim loại hoặc gốm vào xương hàm của tôi để làm neo cho những chiếc răng bị mất hoặc để cố định mào răng hoặc cầu răng giả. Tôi thừa nhận rằng bác sĩ đã giải thích các thủ tục, bao gồm số răng và vị trí điều trị. Tôi hiểu rằng mào răng, răng giả hoặc cầu răng sau đó sẽ được gắn với bộ phận cấy ghép này bởi một nha sĩ hoặc một chuyên gia đã đồng ý và chi phí cho công việc đó sẽ là trách nhiệm bổ sung của tôi.

_____ Tôi thừa nhận rằng thủ tục phẫu thuật thứ hai có thể được yêu cầu để mở phần đầu implant và trong hai tuần đầu sau phẫu thuật ban đầu, không được đeo răng giả vào các khu phẫu thuật mà không được sự chấp thuận trước của Bác sĩ _____.

_____ Tôi hiểu rằng sẽ có một quá trình chữa bệnh khoảng từ ba đến sáu tháng trong đó tôi sẽ không thể sử dụng (các) implant cho mục đích cuối cùng của chúng. Tôi đã nhận được tài liệu, thông tin gây tê, hướng dẫn trước và hậu phẫu và thông tin chế độ ăn uống.

_____ Tôi hiểu rằng không có ước tính cụ thể nào có thể được thực hiện liên quan đến tuổi thọ và duy trì (các) implant. Không có sự đảm bảo hay bảo đảm nào cho tôi bởi bất cứ ai rằng việc điều trị được đề nghị sẽ chữa trị hoặc cải thiện tình trạng hiện tại của tôi. Nếu cấy ghép implant phải được gỡ bỏ, tôi sẽ có thể trở lại sử dụng răng giả toàn bộ hoặc răng giả bán phần hoặc có thể đặt thêm (các) implant trong tương lai. Tôi cũng đã được giải thích rằng khi đã được cấy ghép implant, toàn bộ kế hoạch điều trị phải được tuân thủ và hoàn thành đúng tiến độ. Nếu lịch trình này không được thực hiện, (các) implant có thể mất tác dụng (trở nên lỏng lẻo).

_____ Tôi hiểu rằng sẽ có thêm bảo trì cho (các) implant và chúng có thể cần sửa chữa. Tôi chịu trách nhiệm về tất cả chi phí phẫu thuật sau năm điều trị đầu tiên. Tôi sẽ làm theo các hướng dẫn trước và sau phẫu thuật đã được cung cấp cho tôi.

Rủi ro, lợi ích và lựa chọn thay thế:

Bệnh nhân cần ký tên

_____ a. *Rủi ro, không giới hạn ở những điều sau:* Mặc dù phẫu thuật cấy ghép implant nha khoa có tỷ lệ thành công cao, như với tất cả các ca phẫu thuật, đều khả năng biến chứng bao gồm, nhưng không giới hạn:

- Sưng tấy hơn sau 48 giờ.
- Đau nặng mà không thể được giảm bớt theo toa thuốc.
- Nhiễm trùng.

- Mất vĩnh viễn (tê cứng) hoặc thay đổi cảm giác thần kinh dẫn đến tê cứng hoặc cảm giác ngứa ran trong môi, lưỡi (bao gồm mất vị giác), má, cằm, lợi hoặc răng.
- Nhiễm trùng xoang hoặc biến chứng.
- Chảy máu quá nhiều hoặc kéo dài.
- Đau khớp thái dương hàm (TMJ), các chức năng bất thường của hàm hoặc nút gãy hàm.
- Tổn hại răng liền kề, chân răng hoặc chất trám.
- Mất xương xung quanh cấy ghép implant.
- Implant mất tác dụng (xương không phát triển quanh implant).

Tôi hiểu rằng nếu xảy ra bất kỳ trường hợp nào ở trên, tôi phải liên hệ ngay với bác sĩ _____.

_____ b. Lợi ích, không giới hạn ở những điều sau: Tăng hiệu quả ăn nhai, cải thiện thẩm mỹ hoặc nói, ngăn ngừa mất xương và giữ được răng liền kề là những lợi ích phổ biến nhất

_____ c. Hậu quả của việc cấy ghép implant và phục hình trong miệng: Tôi hiểu rằng hút thuốc lá, uống rượu quá mức và nhai thức ăn cứng như nước đá hoặc kẹo cứng có thể dẫn đến tổn thương cấy ghép của tôi và có thể khiến chúng mất tác dụng hoàn toàn. Mặc dù cấy ghép có thể có tỷ lệ thành công rất cao, nhưng các nghiên cứu cho thấy ở những người hút thuốc lá tỷ lệ thành công giảm đáng kể.

_____ Tôi hiểu rằng tôi phải duy trì việc chăm sóc hàng ngày cũng như kiểm tra và vệ sinh thường xuyên tại Văn phòng Nha sĩ của tôi và chụp X Quang hàng năm để theo dõi tình trạng xương xung quanh (các) implant. Bởi vì nhiễm trùng quanh implant nha khoa có thể xảy ra khi các răng tự nhiên xung quanh bị nhiễm trùng.

_____ Tôi hiểu rằng ngoài những rủi ro và các biến chứng liên quan đến cấy ghép implant và phục hình, một số biến chứng có thể là kết quả của việc sử dụng các chất gây tê hoặc thuốc an thần. Các nguy cơ, lợi ích và các biện pháp gây tê thay thế đã được giải thích cho tôi và tôi sẽ kể về bất kỳ dị ứng nào tôi có và / hoặc những chất hoặc thuốc tôi đang dùng vì chúng có thể ảnh hưởng đến phản ứng của tôi đối với thuốc gây tê hoặc thuốc an thần

Tiêu chuẩn bệnh nhân

Hầu như bất kỳ ai mất răng đều có thể hưởng lợi từ điều trị cấy ghép. Những người đang gặp vấn đề ăn nhai và khó khăn trong việc mang một thiết bị nha khoa tháo lắp có thể xem phục hồi neo vào cấy ghép implant như là một lựa chọn điều trị có thể. Những người không có bệnh hoặc tình trạng nào cản trở việc chữa bệnh thích hợp sau khi phẫu thuật cấy ghép, ví dụ như tiểu đường không kiểm soát hoặc xạ trị / hóa trị liệu để điều trị ung thư và những người có xương đủ khỏe để đảm bảo cấy ghép implant là những ứng cử viên có khả năng điều trị cấy ghép implant.

_____ Tôi hiểu tầm quan trọng của việc cung cấp lịch sử y tế hoàn chỉnh của tôi cho các nha sĩ đang thực hiện kế hoạch điều trị cấy ghép implant của tôi. Tôi đã báo cáo những loại thuốc, dị ứng hoặc phản ứng trước với thuốc, thực phẩm, côn trùng cắn, thuốc gây mê, bụi bặm, bụi, máu hoặc các bệnh về cơ thể, phản ứng nướu hoặc da, chảy máu bất thường hoặc những tình trạng khác đã biết có liên quan đến sức khỏe của tôi.

_____ Tôi _____ / Hiện tại tôi chưa hoặc đã từng dùng bisphosphonates để điều trị bệnh loãng xương.

_____ Tôi hiểu rằng Bác sĩ _____ có thể quyết định hủy bỏ phẫu thuật cấy ghép implant khi đang tiến hành nếu tôi cần ghép xương bổ sung hoặc các loại ghép khác để tạo đỉnh cho việc đặt cấy ghép implant, kết dính lợi và bảo vệ (các) cấy ghép implant. Thậm chí quyết định hủy bỏ phẫu thuật cấy ghép implant có thể được đưa ra trong khi đang tiến hành nếu tôi bị phát hiện không phải là một ứng cử viên để điều trị cấy ghép implant.

_____ Tôi yêu cầu và cho phép các dịch vụ nha khoa bao gồm phẫu thuật cấy ghép implant và các phương pháp điều trị liên quan khác. Tôi hoàn toàn hiểu rằng trong quá trình thủ thuật, phẫu thuật hoặc các điều kiện điều trị có thể trở nên rõ ràng rằng lệnh khám, theo phán quyết của bác sĩ, điều trị bổ sung hoặc thay thế liên quan đến sự thành công của điều trị toàn diện. Tôi chấp thuận bất kỳ sửa đổi nào về thiết kế, vật liệu hoặc sự chăm sóc mà bác sĩ của tôi xác định là chúng có lợi nhất cho tôi. Nếu có tình trạng bất thường xảy ra trong quá trình điều trị đòi hỏi phải thực hiện các thủ tục bổ sung hoặc khác với những gì hiện đang được cân nhắc hoặc nếu các điều kiện lâm sàng trở nên không thuận lợi cho việc sử dụng (các) cấy ghép implant, ngăn ngừa việc đặt cấy ghép implant, tôi cũng hiểu và ủy quyền và chỉ đạo bác sĩ của tôi làm bất cứ điều gì xét thấy cần thiết trong những tình huống cụ thể, bao gồm cả quyết định không tiến hành điều trị.

Chọn các hộp dưới đây áp dụng cho bạn:

Đồng ý

- Tôi đã được thông báo, cả bằng miệng và bằng thông tin được cung cấp trong mẫu đơn này, về các rủi ro, lợi ích và giải pháp điều trị thay thế của việc đặt cấy ghép implant được đề nghị.
- Tôi đã được thông báo, cả bằng miệng và thông tin được cung cấp trong mẫu đơn này, về các rủi ro và lợi ích thiết yếu của giải pháp điều trị thay thế và lựa chọn không điều trị bệnh của tôi.
- Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu các thông tin trên đây cùng những giải thích được đề cập rằng các câu hỏi của tôi đã được trả lời và các khoảng trống cần điền thông tin hoặc hoàn thành đã được điền đầy đủ. Tôi ủy quyền và chỉ đạo Bác sĩ _____ làm những việc xét thấy cần thiết trong các trường hợp cụ thể.
- Tôi đồng ý thực hiện cách điều trị nói trên.
- Trong khi việc điều trị có thể được bảo hiểm y tế và / hoặc bảo hiểm nha khoa của tôi chi trả, tôi chấp nhận mọi trách nhiệm tài chính đối với việc điều trị này và cho phép điều trị.

Hoặc Từ chối

- Tôi từ chối (các) điều trị được đề nghị như được mô tả ở trên và hiểu các hậu quả tiềm ẩn liên quan đến việc từ chối này.

Bệnh nhân hoặc đại diện của bệnh nhân

Ngày

Chữ ký nhân chứng

Ngày

Tôi xác nhận rằng tôi đã thảo luận về các rủi ro, lợi ích, hậu quả và các lựa chọn thay thế của việc điều trị trên với _____ (Bệnh nhân hoặc đại diện của bệnh nhân) và họ đã có cơ hội đặt câu hỏi. Tôi tin rằng họ hiểu những gì đã được giải thích và đồng ý hoặc từ chối điều trị đã nêu ở trên.

Chữ ký Nha sĩ

Ngày