PROCÉDURES DE CHIRURGIE ORALE, DENTAIRE ET DE LA MÂCHOIRE FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DU PATIENT

Ce que vous devez savoir

En raison des différences de potentiel de guérison entre les individus, il est impossible de prévoir le potentiel de guérison d'une personne avant les procédures. Veuillez noter que le traitement que vous allez recevoir peut parfois échouer, nécessitant ainsi des répétitions, et les résultats du traitement ne peuvent être garantie. Vous devez fournir des informations détaillées sur votre santé physique et mentale à votre médecin. Vous devez également informer votre médecin de toute allergie préexistante à des médicaments, des aliments, des agents anesthésiques, du pollen ou de la poussière, ainsi que de toute maladie systémique, réaction cutanée et gingivale, tendance à des saignements anormaux et autres problèmes de santé générale.

Traitement prévu:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Risques interventionnels, recommandations et complications

• Suite à l'anesthésie, des conditions temporaires telles que des gonflements, rougeurs, ecchymoses et engourdissements des joues peuvent rarement se produire.

• Gonflement et/ou rougeur au niveau du site chirurgical, une gêne dans la zone chirurgicale peut survenir

• Il peut y avoir des rougeurs et des fissures dans les coins de la bouche en raison de l'étirement.

• Des situations telles que le développement d'une infection et un retard de cicatrisation de la plaie peuvent être rencontrées.

• L'inconfort, la douleur ou l'enflure peuvent survenir, nécessitant un repos à domicile.

• Après la chirurgie, il peut y avoir des ecchymoses et des changements de couleur temporaires dans les parties du visage proches de la zone d'opération.

• Des saignements légers/modérés/sévères peuvent survenir après la chirurgie, ce qui peut prendre plus de temps.

• Diverses complications telles que l'ouverture du sinus à l'environnement buccal, des saignements prolongés, un engourdissement temporaire-rarement permanent, une paralysie faciale temporaire, une perte de goût peuvent survenir en raison de lésions des structures anatomiques telles que les sinus, les nerfs et les vaisseaux dans la zone opérée.

• Après l'opération, des limitations temporaires des mouvements d'ouverture / fermeture de la bouche peuvent survenir."

• Bien que rares, des fractures et des fissures peuvent survenir dans les os de la mâchoire lors de l'ablation de très gros kystes et tumeurs et de l'extraction de dents incluses dans de mauvaises positions.

• Des situations telles que la fracture, le déplacement ou la chute de restaurations (obturations, couronnes) des dents adjacentes à la zone d'intervention, ainsi que le desserrement ou l'endommagement des dents voisines, peuvent se produire.

• Une gêne temporaire ou permanente peut se développer dans l'articulation de la mâchoire.

• Une irrégularité peut survenir dans les mâchoires après la chirurgie. (Peut être corrigé par un traitement chirurgical séparé)

• Avant ou après la procédure, selon l'utilisation d'antibiotiques, d'analgésiques et d'autres médicaments, les effets secondaires spécifiés dans la notice du médicament peuvent être observés.

Je suis................................................................. , J'accepte le traitement à appliquer par les médecins de la Clinique de Santé bucco-dentaire Nişantaşı comme ma santé mentale. Des options de traitement qui peuvent être appliquées pour le traitement de mon trouble m'ont été présentées. Je permets l'application de tous les médicaments et interventions nécessaires pendant la réalisation de l'option de traitement que j'ai choisie pour le traitement de mon trouble. J'ai donné toutes les informations sur mon état de santé général et j'ai été informé des problèmes qui peuvent survenir en fonction de cette situation. J'accepte de me conformer pleinement aux recommandations des médecins et je sais que sinon mon traitement risque de se solder par un échec. J'autorise l'utilisation des informations obtenues lors de mon examen et de mon traitement avec d'autres institutions scientifiques à des fins de recherche visant au développement de la science ou à l'éducation (à condition qu'elles soient conformes aux droits des patients et aux principes éthiques).

**J'AI LU CE FORMULAIRE ET J'AI COMPRIS TOUS LES TERMES ET MOTS QUI S'Y TROUVENT.** Date :

(Veuillez écrire à la main que j'ai lu, compris, j'accepte)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nom-Prénom du patient:

Nom-prénom du parent/tuteur du patient:

Nom-Prénom du médecin:

Signature :

Signature :

Signature :