PROJEKTAS

PATVIRTINTA

VšĮ Rokiškio PASPC

Direktoriaus\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2019 m.\_\_\_\_\_\_mėn.\_\_\_d.

įsakymu Nr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefonas)

**PACIENTO ( JO ATSTOVO) SUTIKIMAS ODONTOLOGINĖS**

**PRIEŽIŪROS (PAGALBOS) INVAZINEI IR (AR) INTERVENCINEI PROCEDŪRAI**

Aš\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(paciento vardas, pavardė, gimimo data, jei pasirašo atstovas, nurodomas atstovavimo pagrindas)

SUTINKU, kad man būtų atlikta intervencinė ir (ar) invazinė procedūra

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(intervencinės ir (ar) invazinės procedūros pavadinimas )

Pasirašydamas /-a šį sutikimą patvirtinu, kad:

1. gydytojas odontologas/burnos priežiūros specialistas man paaiškino diagnostikos ir gydymo metodikos ypatumus bei jų alternatyvas, taip pat galimas rizikas;

2. esu supažindintas/-a su visomis galimomis komplikacijomis, ypač atkreipiant dėmesį į komplikacijas dėl vietinės anestezijos ir narkozės (alerginės reakcijos, anafilaksinis šokas, ilgalaikė nejautra, kraujosruvos, patinimas, mirtis); po dantų išrovimo ir pooperacines (patinimas, kraujavimas, infekcija, nervų uždegimai); gydytų šaknų infekcijos atsinaujinimą; šaknų perforacijas; instrumentų lūžius kanaluose; užpildo patekimą už šaknies viršūnės; skausmus po dantų preparavimo, protezavimo, plombavimo ir kanalų gydymo, kai gali prireikti papildomo gydymo; protezų nuskilimus, lūžius, antrinio ėduonies atsiradimą po plombomis, protezais; infekcijos išplitimą dantyse ir dantenų recesijas; alveolinio kaulo tirpimą, dantų šaknų įskilimus, lūžius, rezorbcijas, sinuso, gleivinės ir nervų pažeidimus, svetimkūnių patekimą į kvėpavimo takus ar virškinamąjį traktą;

3. sutinku, jog procedūros metu paaiškėjus naujoms aplinkybėms, gydytojas odontologas/burnos priežiūros specialistas pats nuspręstų, ar keisti pasirinktą gydymo planą.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data**  **Paciento (atstovo) parašas**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Gydytojas odontologas/burnos priežiūros specialistas** (vardas, pavardė, parašas)