



## BEYNƏLXALQ İMPLANTOLOQLAR KONQRESİ İMPLANT QOYULAN XƏSTƏNİN MƏLUMATLANDIRILMASI VƏ RAZILIQ FORMASI

1. İmplant cərrahiyyə prosedurunun məqsədi və mahiyyəti barədə məlumat verildi və verilən məlumatlar mənə aydın oldu. Mən, diş əti altına və ya sümüyə implant qoyulması üçün hansı prosedurların zəruri olduğundan xəbərdaram.
2. Həkim ağız boşluğumu diqqətlə müayinə etdi və müalicə ilə bağlı alternativlər mənə izah olundu. Mən bu metodları yoxladım və ya nəzərə aldım, lakin, çatışmayan dişləri əvəz etmək üçün implant qoydurmaq istədiyimi bildirdim.
3. Cərrahiyyə, dərmanlar və anesteziya ilə bağlı yarana biləcək risk və ağırlaşmalar barədə mənə məlumat verildi. Bu kimi ağırlaşmalara ağrı, şişkinlik, infeksiya və rəng dəyişikliyi daxildir. Dilin, dodağın, çənənin, yanağın və ya dişlərin keyiməsi baş verə bilər. Prosedurun müddəti dəqiq müəyyənləşdirilə və ya dəyişdirilə bilməz. Damar iltihabı, ağızdakı dişlərin zədələnməsi, sümüyün sınması, sinus penetrasiyası, yaranın ləng sağlması, dərman və ya müalicə vasitələrinə qarşı allergik reaksiyalar və s. də mümkündür.
4. Başa düşürəm ki, heç bir tədbir görülməsə aşağıdakı hallardan hər hansı biri baş verə bilər: dişin çıxarılmasına zərurət yarandıqdan sonra sümük xəstəliyi, sümüyün zədələnməsi, diş əti toxumasının iltihabı, infeksiya, həssaslıq, dişlərin laxlaması. O cümlədən, gicgah-aşağı çənə problemləri, baş ağrıları, boyunun arxa nahiyyəsində və mimik əzələlərdə ağrılar və çeynəmə zamanı əzələ yorğunluğu da mümkündür.
7. Bilirəm ki, həddindən artıq siqaret çəkmək, spirtli içki qəbul etmək və ya qanda şəkərin miqdarının artıq olması diş əti yarasının sağlmasına və implanta mənfi təsir göstərə bilər. Həkimin təyin etdiyi təlimatlara əməl etməyə və müntəzəm müayinələrlə bağlı həkimə məlumat verməyə razıyam.
8. Həkimin seçimindən asılı olaraq, anesteziyanın növü ilə razılaşıram. Ən azı 24 saat ərzində və ya anesteziyanın və mənə verilən dərman preparatlarının təsiri tam itənə qədər avtomobil və ya təhlükəli mexanizm idarə etməyəcəm.
9. Əqli və fiziki sağlamlığımla bağlı dəqiq məlumat vermişəm. Əvvəllər məndə dərmanlara, qidalara, həşərat sancmalarına, ağrıkəsicilərə, tozcuqlara, toza və qana qarşı müşahidə olunmuş allergik və ya digər qeyri-adi reaksiyalar və ya səhhətimlə bağlı hər hansı xəstəlik, diş əti və ya dəri reaksiyaları, qeyri-normal qanama və digər hallar barədə də məlumat vermişəm.
10. İmplantın uğurlu olması məqsədilə icra olunacaq prosedurun foto çəkilişinə, yazılmasına və rentgen olunmasına razılıq verirəm.

Ünvan: Adil İsgəndərov küçəsi 4, AZ1000, Bakı, Azərbaycan

Telefon: +99412 492-08-44 / Mobil: +99450 378-97-20

Email: info@drsmiles.az / Web: www.drsmiles.az



5. Həkimim izah etdi ki, implant qoyulduqdan sonra diş əti və sümük yarasının sağalma qabiliyyətini öncədən dəqiq müəyyən edə biləcək heç bir metod mövcud deyil.

6. İzah olundu ki, bəzi hallarda, implant uğursuz olur və çıxarmaq lazım gəlir. Mənə məlumat verildi və mən başa düşdüm ki, stomatologiya dəqiq elm deyil və müalicə və ya cərrahiyyənin nəticələrinə dair heç bir təminat və zəmanət verilə bilməz.

11. Mən, tibbi/dental xidmətlərin göstərilməsini, o cümlədən implant və digər cərrahiyyə prosedurunun icra olunmasını tələb etdim və buna icazə verdim. Mən, tamamilə başa düşürəm ki, müalicənin uğurlu olması üçün, nəzərdə tutulmuş prosedur, cərrahiyyə və müayinə zamanı və ya sonradan, həkimin qərarına əsasən əlavə və ya alternativ vəziyyətlər yarana bilər. Mən həmçinin implantın quruluşu, materialı və ya göstərilən tibbi xidmətlə bağlı hər hansı dəyişikliyə də razıyam.

Həkimin imzası \_\_\_\_\_

Şahid \_\_\_\_\_

Tarix \_\_\_\_\_

Xəstənin imzası \_\_\_\_\_

(Xəstə imzalamaq iqtidarında olmadıqda və ya azyaşlı olduqda, valideyn və hüquqi qəyyumun imzası)

İmza edənin şəxsiyyəti \_\_\_\_\_

Ünvan: Adil İsgəndərov küçəsi 4, AZ1000, Bakı, Azərbaycan

Telefon: +99412 492-08-44 / Mobil: +99450 378-97-20

Email: info@drsmiles.az / Web: www.drsmiles.az