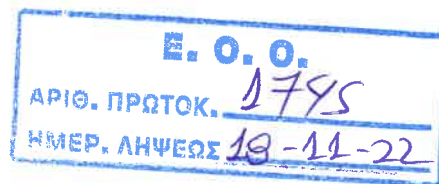




ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ
ΘΕΜΑΤΩΝ



Αριθμ. Πρωτ. 397

ΦΕΟΟ, ΙΕΘΕ

Αθήνα, 17 Νοεμβρίου 2022

Προς τον Πρόεδρο
και τα Μέλη του Δ.Σ. της
Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας

Θέμα: Εισήγηση για το Έντυπο Συναίνεσης οδοντιατρικών ασθενών

Αξιότιμε κ. Πρόεδρε,
Αξιότιμα Μέλη του Δ.Σ.,

Σας υποβάλλουμε την εισήγηση για το Έντυπο Συναίνεσης οδοντιατρικών ασθενών.

Με ιδιαίτερη εκτίμηση,
Για το Διοικητικό Συμβούλιο του
Ινστιτούτου Επιστημονικών Θεμάτων

Ο Πρόεδρος

Καθ. Αθανάσιος Ε. Αθανασίου

Η Γραμματέας



ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ
ΘΕΜΑΤΩΝ
(Ι.Ε.Θ.Ε.)

Ινστιτούτο Επιστημονικών Θεμάτων ΕΟΘ

Δρ. Ελεάνα Στουφή

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ**



Ι.Ε.Θ.Ε.

**ΕΙΣΗΓΗΣΗ
ΓΙΑ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2022

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Κατά την προσέλευση ασθενών στο οδοντιατρείο και πριν την έναρξη παροχής διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών είναι υποχρεωτική η συλλογή σχετικών πληροφοριών.

Συγκεκριμένα είναι υποχρεωτική η τήρηση ιατρικού/οδοντιατρικού αρχείου, στο οποίο καταγράφονται τα δεδομένα του/της ασθενούς που μεταξύ των άλλων περιλαμβάνουν και τα ακόλουθα:

Ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, φύλο, ηλικία, επάγγελμα, διεύθυνση, ημερομηνίες πρώτης και επόμενων επισκέψεων, ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό - προβλήματα υγείας, σκοπός της επίσκεψης, πρωτογενής και δευτερογενής διάγνωση, αγωγή που ακολουθήθηκε, αποτελέσματα κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων, πρόσβαση στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του ΗΔΙΚΑ προκειμένου να αντλούνται πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό και πάσης φύσεως συνταγογραφηθέντων φαρμάκων και εξετάσεων.

Η τήρηση των πληροφοριών αυτών, οι οποίες επικαιροποιούνται σε κάθε επίσκεψη, αποτελεί νόμιμη υποχρέωση του/της οδοντιάτρου, σύμφωνα με το άρθρο 12 του ΠΔ 39/2009 και διατηρούνται για δέκα (10) έτη από την τελευταία επίσκεψη.

Σύμφωνα με τον Κανονισμό ΕΕ 2016/679 συνιστάται η λήψη της έγγραφης συγκατάθεσης των ασθενών προκειμένου να πραγματοποιείται η συλλογή και η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων τους.

Για τη λήψη των παραπάνω έχουν προταθεί διάφορα έντυπα από τους κατά τόπους οδοντιατρικούς συλλόγους. Το Δ.Σ. του

Ινστιτούτου Επιστημονικών Θεμάτων προτείνει όπως σε αυτά τα έντυπα προστεθεί και η συγκατάθεση των ασθενών για τις απαραίτητες για πραγματοποίηση διαγνωστικές εξετάσεις και για το προτεινόμενο σχέδιο θεραπευτικών πράξεων.

Η παρούσα εισήγηση προς το Δ.Σ. της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας παρουσιάζει υπόδειγμα έγγραφης συναίνεσης του/της ασθενούς τόσο για τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών του/της δεδομένων όσο και για την τέλεση διαγνωστικών πράξεων και την πραγματοποίηση του σχεδίου θεραπείας.

Το συνημμένο υπόδειγμα αποτελεί ένα περιεκτικό και συγχρόνως συνοπτικό κείμενο, που σύμφωνα με τις πληροφορίες που θα προσθέσει ο θεράπων οδοντίατρος, θα περιγράφει με κατανοητό και απλό τρόπο στον/στην ασθενή ή στον/στην κηδεμόνα του/της τις διαγνωστικές πράξεις και το σχέδιο θεραπείας που προτείνονται να πραγματοποιηθούν για την αντιμετώπιση του οδοντιατρικού προβλήματος για το οποίο προσήλθε στο οδοντιατρείο. Επίσης καταγράφεται η συναίνεση για την πραγματοποίησή των απαιτούμενων για την περίπτωση διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων, καθώς και για τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων.

Για την συγγραφή του υποδείγματος έγγραφης συγκατάθεσης για την συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων όσο και για την συναίνεση τέλεσης διαγνωστικών πράξεων και πραγματοποίησης του σχεδίου θεραπείας αντλήθηκαν πληροφορίες από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αττικής, τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών, καθώς και από αντίστοιχα έντυπα που

χρησιμοποιούνται σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του Ηνωμένου Βασιλείου και των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής.

Σε αντίθεση με πάρα πολλές χώρες όπου η χρήση του εντύπου συναίνεσης είναι υποχρεωτική και αποτελεί μία συνήθη πρακτική για τους ασθενείς όταν επισκέπτονται τον οδοντίατρό τους, στην χώρα μας αυτή δεν αποτελεί μία νόμιμη υποχρέωση του/της οδοντίατρου αλλά και δεν συνηθίζεται ευρέως. Έτσι η παρουσίαση για ανάγνωση, επεξήγηση και υπογραφή του εντύπου από τον/την οδοντίατρο στον/στην ασθενή ή κηδεμόνα μπορεί κάποιες φορές να δημιουργεί έκπληξη, απορία ή/και επιφύλαξη αποδοχής και υπογραφής του. Η επίσημη υιοθέτηση του εντύπου συναίνεσης από την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, για χρήση του από τους οδοντιάτρους που το επιθυμούν, θα της προσδώσει τα χαρακτηριστικά μίας θεσμικής διαδικασίας, όπου με την παρουσίαση βασικών πληροφοριών που σχετίζονται με τις διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις κάθε περίπτωσης, κατοχυρώνονται και προστατεύονται τα συμφέροντα των ασθενών και των οδοντιάτρων.

Το Δ.Σ. του Ινστιτούτου Επιστημονικών Θεμάτων θεωρεί ότι το εν λόγω υπόδειγμα εντύπου συναίνεσης (*) μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά, δημιουργώντας σχέσεις εμπιστοσύνης, διευκολύνοντας την επαφή και συνεργασία οδοντίατρου - ασθενούς και ταυτόχρονα προστατεύοντας αμφότερους.

(*) Το έντυπο συναίνεσης, εφόσον εγκριθεί από το Δ.Σ. της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, χρήζει γραφιστικής επεξεργασίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

<https://www.ada.org/resources/practice/practice-management/types-of-consent>

<https://www.dentalprotection.org/uk/articles/consent-advice-booklet>

https://www.osanet.gr/images/uploads/odontiatroi/gdpr_dent.pdf

<https://www.isathens.gr/images/entypa/KWDIKAS-IATRIKHS-DEONTOLOGIAS.pdf>

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-dedomena-prosopikou-kharaktera/nomos-4624-2019-phek-137a-29-8-2019.html>



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ, ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΛΛΟΓΗ - ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Επικοινωνία: Γραπτή Προφορική Ηλεκτρονική

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ		ΟΝΟΜΑ		ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ			ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΑΜΚΑ		ΑΔΤ		EMAIL	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ (ΕΑΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΣ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗ)					
ΣΥΓΓΕΝΗΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ / ΑΛΛΗ ΣΧΕΣΗ	
ΕΠΩΝΥΜΟ		ΟΝΟΜΑ		ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ			ΑΔΤ		EMAIL

Ο υπογράφων (ασθενής/άλλος), συναινώ για τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων (εφόσον υπογράφει ασθενής) ή του/της ασθενούς (εφόσον υπογράφει άλλος) και δηλώνω ότι αυτά είναι ακριβή.

Έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας επακριβώς το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, τον σκοπό, την φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες επιδράσεις των προτεινόμενων από τον θεράποντα οδοντίατρο ιατρους διαγνωστικών ή/και θεραπευτικών πράξεων, συναινώ όπως:

Ο Οδοντίατρος

[όνομα και στοιχεία οδοντίατρου
.....
.....]

να προβεί στην διαγνωστική πράξη ή/και θεραπεία μου σύμφωνα με το σχέδιο που μου παρουσιάστηκε, βεβαιώνω ότι έχω επιλέξει να υποβληθώ σε αυτήν τη διαδικασία αφού ενημερώθηκα για τις εναλλακτικές μορφές αντιμετώπισης, τα πιθανά οφέλη, τους τυχόν κινδύνους και τις όποιες επιπλοκές ή ανεπιθύμητες επιδράσεις της.

Οι διαγνωστικές πράξεις και το σχέδιο θεραπείας συνοπτικά περιλαμβάνουν:

[περιγράφονται από τον οδοντίατρο οι προτεινόμενες διαγνωστικές πράξεις και το σχέδιο θεραπείας
.....
.....
.....
.....
.....
.....]

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας ενδέχεται να πρακύψουν τροποποιήσεις στο αρχικό σχέδιό της, εάν αυτό επιβάλλεται από βιολογικούς ή άλλους παράγοντες που προέκυψαν μετά την έναρξη της θεραπείας.

Συμφωνώ με την χορήγηση τοπικής αναισθησίας ή αγχολυτικής αγωγής, όπου θεωρείται απαραίτητη.

Συμφωνώ με την χρήση βιολογικών εγκεκριμένων σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες στις προτεινόμενες θεραπείες.

Επιτρέπω την περαιτέρω διερεύνηση και εξέταση για θεραπευτικούς ή επιστημονικούς σκοπούς ιστών ή υλικών της στοματικής καλότητας.

Συναινώ για την χρήση φωτογράφισης ή/και βιντεοσκόπησης της περίπτωσης μου για επιστημονικούς σκοπούς.

Πιστοποιώ ότι διάβασα και κατανόησα όλα τα παραπάνω και οι εξηγήσεις που μου δόθηκαν ήταν εύληπτες και επαρκείς.

Ημερομηνία

Υπογραφή ασθενούς/άλλου