



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA CHIRURGICZNE LECZENIE NIEPRAWIDŁOWOŚCI TKANEK MIĘKKICH (AUGMENTACJA DZIAŚŁA)

Imię i nazwisko pacjenta.....
Numer PESEL.....

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Chcąc mieć pewność, że pacjent zapoznał się ze szczegółami świadczenia zdrowotnego wykonywanego w naszym gabinecie, uprzejmie prosimy, by każda strona niniejszej zgody została czytelnie podpisana. Prosimy także o staranne i przemyślane wypełnienie danych dotyczących stanu zdrowia, zażywanych leków oraz ewentualnych przeciwwskazań do wykonania zabiegu i/lub znieczulenia.

Opis planowanego zabiegu (wypełnia lekarz):

.....
.....
.....

Augmentacja dziąsła

Zabiegi augmentacji dziąsła wykonuje się w celu:

- leczenia recesji dziąsła (odstąpienie powierzchni korzenia naturalnego zęba, wydłużenie korony protetycznej na implancie lub odstąpienie łącznika/implantu);
- poprawy jakości i ilości dziąsła wokół zębów i implantów przy współistniejących dolegliwościach podczas szczotkowania zębów i/lub braku odpowiedniego dziąsła przytwierdzonego/ skeratynizowanego;
- poprawy jakości i ilości dziąsła przed leczeniem ortodontycznym, podczas którego planowane jest doprzedsiębiorcze przesuwanie zębów (profilaktyka wystąpienia recesji dziąsła);
- poprawy jakości i ilości dziąsła przed leczeniem protetycznym.

Zabieg polega na nacięciu i odwarstwieniu dziąsła w celu przygotowania miejsca do wprowadzenia przeszczepu, który poprawi jakość i objętość dziąsła w leczonym rejonie. Przeszczep pobierany jest z podniebienia lub guza szczęki. W zależności od wskazań są to przeszczepy dziąsła z nabłonkiem lub podnabłonkowej tkanki łącznej. Miejsce po pobraniu przeszczepu goi się z odtworzeniem dziąsła, dlatego może być wykorzystane do ponownego pobrania przeszczepu po około 3 miesiącach. Rodzaj techniki zabiegowej oraz wskazania determinują sposób umieszczenia przeszczepu w miejscu biorczym.

Dlatego przeszczep może być całkowicie lub częściowo schowany pod dziąsłem lub w pełni widoczny.

Po zabiegu zwiększa się objętość dziąsła. W niektórych przypadkach dziąsło może być nadmiernie wypukłe, co może być powodem drobnej korekty, ale tylko jeżeli w odczuciu pacjenta będzie to problem estetyczny. Przeszczepy z nabłonkiem zawsze dają dyskomfort estetyczny, gdyż po wygojeniu leczone tkanki są jaśniejsze. Dlatego tego typu zabiegi wykonuje się w rejonach nieistotnych z estetycznego punktu widzenia.

Zamiast przeszczepów pochodzących od pacjenta mogą być stosowane biomateriały – matryce kolagenowe pozyskiwane od zwierząt lub czynniki bioaktywne.

Jednak wg aktualnych danych skuteczność leczenia z ich wykorzystaniem jest mniejsza niż po zastosowaniu przeszczepionych tkanek. W przypadku, gdy przyległe do leczonych tkanki cechują się dobrą jakością, mogą być wykorzystane do augmentacji bez konieczności pobierania przeszczepu.

Zakres rekonstrukcji dziąsła zależy od wielu czynników, w tym od osobniczego potencjału organizmu do gojenia. W przypadku leczenia recesji dziąsła procent pokrycia korzenia jest trudny do przewidzenia.

Wiele recesji dziąsła zlokalizowanych na naturalnych zębach oraz większość na implantach nie daje w ogóle możliwości całkowitego pokrycia odsłoniętej powierzchni korzenia lub implantu.

Nie ma również możliwości prognozowania stabilności dziąsła po leczeniu, gdyż wraz z wiekiem brzeg dziąsła przesuwa się w kierunku do wierzchołka korzenia zęba oraz zmniejsza się objętość dziąsła.

Procesy te są indywidualnie zależne. W przypadku leczenia ortodontycznego, zabieg augmentacji dziąsła nie zabezpiecza przed wystąpieniem recesji dziąsła, tylko zmniejsza prawdopodobieństwo tej nieprawidłowości. Warunkiem zakwalifikowania do zabiegu augmentacji dziąsła jest osiągnięcie przez pacjenta optymalnej higieny jamy ustnej. Palenie oraz wiele stanów chorobowych jak i przyjmowanych leków może wpłynąć na przebieg zabiegu. Z tego powodu przed jego wykonaniem konieczne jest szczegółowe poinformowanie lekarza o stanie zdrowia.

Przewidywane skutki leczenia:

zwiększanie objętości dziąsła; poszerzenie dziąsła przytwierdzonego i skeratynizowanego;

w przypadku leczenia recesji dziąsła – częściowe lub całkowite pokrycie powierzchni korzenia,

poprawa estetyki leczonego rejonu, zmniejszenie nadwrażliwości zębów;

w przypadku zastosowania przeszczepów dziąsła z nabłonkiem – zmiana koloru dziąsła w leczonym rejonie na bliedzy.

Ryzyko i możliwe powikłania (w trakcie i/lub po zabiegu):

stany zapalne, utrudnione gojenie rany w leczonym rejonie i w miejscu dawczym,

nadmierne lub przedłużające się krwawienie (szczególnie z podniebienia), reakcja uczuleniowa na środki znieczulające, uszkodzenie nerwu, które może powodować dolegliwości bólowe lub zaburzenie czucia w obrębie wargi górnej/dolnej (niekiedy bezpowrotnie); obumarcie przeszczepu, brak odtworzenia dziąsła, deformacja dziąsła;

Zalecenia przed zabiegiem:

Zabieg zawsze powoduje mniejsze lub większe obciążenie okolicznych tkanek, a także całego ustroju,

dlatego przed zabiegiem należy: wypocząć oraz, o ile lekarz nie zaleci inaczej, to:

zjeść lekki posiłek, przyjmując stale przyjmowane leki.

W dniu poprzedzającym i w dzień zabiegu nie należy spożywać alkoholu, używać jakichkolwiek środków odurzających czy pobudzających.

Obowiązuje zakaz palenia przez co najmniej 2 tygodnie przed zabiegiem oraz przez co najmniej 2 tygodnie po zabiegu.

Wypełnia pacjent:

Ja, oświadczam, co następuje:

zgodnie z art. 31 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 15 -19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego w **Specjalistycznym Centrum Stomatologicznym DENS**.

- ❖ Udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia.
O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.
- ❖ Zostałem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.
- ❖ Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, ze szczególnym uwzględnieniem higieny jamy ustnej.
- ❖ Rozumiem konieczność i zobowiązuję się do odbywania wizyt kontrolnych w terminach wyznaczonych przez personel gabinetu.
- ❖ Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.
- ❖ Oświadczam, że zostałem poinformowany o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony z całym przebiegiem proponowanego leczenia.
- ❖ Miałem możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem dodatkowe wyjaśnienia.
- ❖ Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia, a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.
- ❖ Zostałem poinformowany o czasowych następstwach zabiegu chirurgicznego

tj.: ból, obrzęk, krwawienie, zasinienie/krwiak;

❖ Mam świadomość, że w przypadku rozejścia się brzegów rany lub niedostatecznej higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek i w konsekwencji do usunięcia przeszczepu/biomateriału i konieczności dodatkowego leczenia.

❖ Rozumiem, że podczas świadczenia medycznego komunikacja ze mną może być utrudniona oraz należy dążyć do skrócenia czasu interwencji medycznej (odkrycia pola zabiegowego), co w istotny sposób zmniejsza stres i możliwość infekcji oraz przyspiesza gojenie.

Dlatego, w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia, wyrażam żądanie kontynuowania leczenia przy uwzględnieniu nowych okoliczności, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.

❖ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej przed, podczas oraz po zabiegu.

❖ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed, podczas oraz po zabiegu, a także na przetwarzanie moich danych osobowych poprzez publikację na wszelkich nośnikach elektronicznych (Facebook, Instagram, strona internetowa, etc.) lub tradycyjnych (ulotki, zdjęcia poglądowe itp.) nieodpłatnie w celach marketingowych.

Niniejsza zgoda będzie obejmować przetwarzanie danych osobowych w postaci:

zdjęcia fotograficznego/radiologicznego mojej jamy ustnej, bez ujawnienia pełnego wizerunku twarzy oraz bez imienia i nazwiska.

Jestem świadomy, że mogę odwołać swoją zgodę pisemnie i od daty wpłynięcia takiego oświadczenia moje dane nie będą już przetwarzane w celach wskazanych w niniejszym formularzu.

Odwołanie zgody nie będzie skutkowało usunięciem wizerunku z nośników elektronicznych oraz w materiałach reklamowych już wykorzystanych lub upubliczniętych przed wycofaniem zgody.

❖ Zostały mi przedstawione koszty, które nie zawierają kosztów leków i w całości je akceptuję oraz zobowiązuję się pokryć.

❖ Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładźlowego i wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość potrzebnego leku.

❖ Zostałem poinformowany o powikłaniach i ryzyku związanym z podaniem znieczulenia.

Przeciwwskazania do wykonania znieczuleniaTAK / NIE

Jeśli istnieją, to jakie?:

.....

❖ Zostałem poinformowany i zobowiązuję się przestrzegać zaleceń pozabiegowych dostępnych na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.

❖ Zapoznałem się i akceptuję regulamin Specjalistycznego Centrum Stomatologicznego DENS, który dostępny jest na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.

❖ Zapoznałem się z treścią polityki ochrony danych osobowych (w skrócie RODO), której treść znajduje się na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.

Przeciwwskazania według wiedzy i obaw pacjenta dotyczące stanu zdrowia oraz przyjmowanych leków (proszę wpisać jeśli występują):

.....
.....

Zapoznałem się i zrozumiałem informacje dotyczące leczenia oraz wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentysty;

.....
Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego pacjenta; data i miejscowość

.....
Czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat i nie jest pełnoletni; data i miejscowość