



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA CHIRURGICZNE LECZENIE PRZYŻĘBIA (KIRETAŻ)

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):

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

Chirurgiczne leczenie przyzębia - kiretaż

Zabieg polega na wykonaniu zabiegu oczyszczenia po podniesieniu płata (OFD) z ewentualnym usunięciem fragmentu zęba lub regeneracji tkanek przyzębia.

Zabieg OFD wykonuje się, kiedy po leczeniu niechirurgicznym i osiągnięciu przez pacjenta optymalnej higieny jamy ustnej utrzymują się objawy zapalenia (krwawienie, zaczerwienienie dziąsła, obrzęk) w kiesionkach przyzębnych o głębokości powyżej 4,5 mm w obszarze zębów trzonowych i powyżej 6 mm w obszarze zębów przednich przy współistniejącym nadkostnym ubytku kości. Procedura polega na: nacięciu i odwarstwieniu dziąsła w celu stworzenia dostępu do korzenia i ubytku kostnego, oczyszczeniu ubytku z ziarniny, oczyszczeniu powierzchni korzenia, zamknięciu rany szwami. W przypadku istnienia zaawansowanego ubytku kości wokół jednego korzenia, przy relatywnie lepszym stanie kości przy pozostałych korzeniach, wykonuje się usunięcie korzenia (amputacja korzenia) lub połowy zęba (hemisekcja).

W sytuacji gdy ubytek kości zlokalizowany jest pomiędzy korzeniami (furkacja) dolnych zębów trzonowych istnieje możliwość:

pozostawienia całego zęba po jego przecięciu na dwie części – premolaryzacja (stworzenie dwóch zębów podobnych do przedtrzonowców); pozostawienie całego zęba po wykonaniu tzw. tunelizacji: poszerzenia obszaru furkacji korzeni poprzez ich delikatne opracowanie wiertłami oraz odsłonięcie furkacji poprzez przesunięcie dziąsła w kierunku do wierzchołka korzenia zęba.

Procedury te potrzebne są po to, aby trudny do oczyszczenia obszar pomiędzy korzeniami stał się bardziej dostępny do zachowania optymalnej higieny.

Wykonanie zabiegów z usunięciem fragmentu zęba lub premolaryzacja wymaga wcześniejszego leczenia kanałowego, co zwiększa koszt leczenia.

Zabieg regeneracji tkanek przyzębia wykonuje się w przypadku istnienia podkostnych ubytków kości. Warunkiem zakwalifikowania do tego typu zabiegu jest osiągnięcie przez pacjenta optymalnej higieny jamy ustnej po leczeniu niechirurgicznym.

Procedura chirurgiczna polega na: nacięciu i odwarstwieniu dziąsła w celu stworzenia dostępu do korzenia i ubytku kostnego, oczyszczeniu ubytku z ziarniny, oczyszczeniu powierzchni korzenia, aplikacji czynników biostymulujących i/lub wypełnieniu ubytku biomateriałem pozyskiwanym od zwierząt

lub innych ludzi (ewentualnie kością własną) i/lub założeniu resorbowalnej błony zaporowej, zamknięciu rany szwami.

Ponadto, aby stworzyć optymalne warunki do regeneracji tkanek przyzębia przeważnie konieczne jest unieruchomienie leczonych zębów (szyna z drutu ortodontycznego lub włókien syntetycznych przyklejona do zębów materiałem kompozytowym).

Wybór techniki zabiegu zależy od lekarza po ocenie rodzaju i wielkości ubytku.

Wszystkie techniki zabiegowe cechują się porównywalną skutecznością.

Regeneracja tkanek przyzębia zależy od wielu czynników, w tym od osobniczego potencjału organizmu do gojenia. Nie zawsze zabieg regeneracji pozwoli na odtworzenie odpowiedniej jakości i objętości kości.

Zabieg regeneracyjny często wykonywany jest w osłonie antybiotykowej.

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 wypełniając ankietę zdrowia. Podczas wykonywania wszystkich powyżej wymienionych zabiegów istnieje prawdopodobieństwo usunięcia zęba, gdy śródoperacyjna ocena stanu przyzębia wskaże na złe rokowanie co do długoczasowego utrzymania leczonego zęba.

Konsekwencje zabiegu:

pogorszenie estetyki, szczególnie po OFD (odsłonięcie korzeni, recesja brodawek międzyzębowych), nadwrażliwość zębów na bodźce termiczne, konieczność leczenia kanałowego (w przypadku ubytku kostnego sięgającego wierzchołka korzenia zęba, kiedy podczas zabiegu zaistnieje konieczność manipulacji wokół wierzchołka, co spowoduje przecięcie naczyń i nerwów zaopatrujących ząb i w konsekwencji martwicę miazgi), wzrost prawdopodobieństwa próchnicy korzenia (szczególnie po tunelizacji – konieczna dodatkowa profilaktyka przeciwpróchnicowa), wzrost prawdopodobieństwa złamania zęba (szczególnie po zabiegach z usunięciem fragmentu zęba), konieczność leczenia protetycznego z usunięciem fragmentu zęba.

Możliwe powikłania w trakcie i/lub po zabiegu:

Naturalnym jest występowanie czasowych niedogodności po zabiegu chirurgicznym

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

Ponadto mogą wystąpić stany zapalne, utrudnione gojenie rany, nadmierne lub przedłużające się krwawienie, reakcja uczuleniowa na środki znieczulające, uszkodzenie nerwu, które może powodować dolegliwości bólowe lub zaburzenie czucia w obrębie wargi górnej/dolnej (niekiedy bezpowrotne), brak lub częściowa regeneracja tkanek przyzębia, uszkodzenie sąsiednich zębów;

W szczególnych wypadkach może dojść do powikłań w postaci np. złamania żuchwy, uszkodzenia sąsiednich zębów;

W przypadku rozejścia się brzegów rany lub niedostatecznej higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji do usunięcia materiałów regeneracyjnych i konieczności dodatkowego leczenia i zabiegów operacyjnych.

Wypełnia pacjent:

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

.....
.....

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 pisemnie 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.
- ❖ Zostały mi przedstawione koszty, które nie zawierają kosztów leków i w całości je akceptuję oraz zobowiązuję się pokryć.
- ❖ 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 zobowiązuje się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.
- ❖ Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie, w takim przypadku uczynię to pisemnie.
- ❖ 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
- ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładzłowego i wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia.
- ❖ 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.

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

.....
Podpis i pieczętka 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