

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

.....
imię i nazwisko PESEL

Niniejszym wyrażam zgodę na leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) pisemnie wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia .

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego pisemnie . Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.

Leczenie będzie polegać na : ekstrakcji zz:

.....

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego śródwieżadłowe oraz wyrażam zgodę by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia. Zostałam poinformowana/poinformowany o powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia , o ryzyku jak również o alternatywnych metodach. Nie znam żadnych przeciwwskazań do wykonania znieczulenia.

Ekstrakcja jest zabiegiem chirurgicznym polegającym na bezpowrotnym usunięciu zęba lub zębów, przy użyciu instrumentarium chirurgicznego. Może wiązać się z koniecznością rozcięcia dziąsła i okostnej, zniesieniem kości (otaczającej ząb lub korzeń) i założeniem szwów po wykonanym zabiegu (ekstrakcja chirurgiczna). Zwykle wykonywana jest, kiedy dostępne metody leczenia zachowawczego okażą się nieskuteczne, lub zniszczenie tkanek zęba jest tak zaawansowane, iż nie ma możliwości jego leczenia i trwałej odbudowy.

Możliwa jest również ekstrakcja zęba zdrowego, w czasie przygotowania jamy ustnej do protezowania, lub jako element leczenia ortodontycznego. Zabieg najczęściej wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym. Znieczulenie znosi odczuwanie bólu, jednak czucie dotyku, ucisku czy rozpierania jest zachowane. Istnieje możliwość przeprowadzenia zabiegu w znieczuleniu ogólnym lub analgosedacji, które stosuje się przy określonych wskazaniach. Ekstrakcja może łączyć się z koniecznością przeprowadzenia dodatkowych zabiegów leczniczych, jak wyłóżeczkowanie (usunięcie) ziarniny zapalnej otaczającej usuwany ząb (wykonywane rutynowo, jeśli ząb jest przyczyną stanu zapalnego tkanek okołowierzchołkowych), wyrównanie brzegów kości. Rana poekstrakcyjna zaopatrywana jest jałowym tamponem z gazy, przy rozleglejszych zabiegach zębodoły zabezpiecza się szwami. Zębodół po ekstrakcji wypełnia się krwią zamieniającą się w skrzep, dzięki któremu następują procesy gojenia i powstawania tzw. „blizny kostnej” Skrzep jest niezbędny do prawidłowego przebiegu procesu gojenia i dlatego nie należy go usuwać. W normalnych okolicznościach dyskomfort powinien zmniejszyć się w ciągu trzech dni do dwóch tygodni. Niekiedy zabieg ekstrakcji wykonywany jest w osłonie antybiotykowej. Wiele stanów chorobowych jak i przyjmowanych leków może wpłynąć na przebieg zabiegu. Z tego powodu przed wykonaniem ekstrakcji konieczne jest szczegółowe poinformowanie lekarza o stanie zdrowia Pacjenta wypełniając ankietę zdrowia.

Zalecenia przed zabiegiem: Ekstrakcja 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, przyjąć stale przyjmowane leki. W dniu poprzedzającym i 3 dni po zabiegu nie palić tytoniu, nie spożywać alkoholu nie używać żadnych środków odurzających ani pobudzających.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony (-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, zasinienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany, nadmierne lub przedłużające się krwawienie, uszkodzenie zębów sąsiednich w trakcie zabiegu, reakcji uczuleniowej na środki znieczulające, tzw. suchy zębodół - utrudnione gojenie spowodowane utratą skrzepu zabezpieczającego okolicę ekstrakcji (zębodół), perforację dna zatoki, po usunięciu zęba może dojść do połączenia światła zatoki z jamą ustną (stan ten wymaga przeprowadzenia dodatkowych zabiegów chirurgicznych), uszkodzenie nerwu zębodołowego dolnego lub językowego, które może powodować dolegliwości bólowe lub zaburzenie czucia w obrębie wargi dolnej, języka, niekiedy bezpowrotne.
3. w szczególnych wypadkach może dojść do powikłań w postaci np. złamania żuchwy, uszkodzenia zębów sąsiednich, połączenia ustno-zatokowego.
4. w przypadku niedostatecznego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji do konieczności dodatkowego leczenia i zabiegów operacyjnych
5. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany.

6. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
- a. zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego
 - b. zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu
 - c. konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku
 - d. konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
 - e. konieczności usunięciu szwów chirurgicznych
 - f. wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
 - g. konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
 - h. w przypadku rozległego zabiegu, zakaz prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 h po zabiegu

Konsekwencje ekstrakcji:

- 1) Brak zęba- utrata ciągłości łuku zębowego
- 2) Następne przemieszczenie zębów sąsiednich i przeciwstawnych - w celu zamknięcia powstałej luki
- 3) Ból/dyskomfort poekstrakcyjny.
- 4) Następny zanik kości wyrostka zębodołowego w miejscu brakującego zęba z uwagi na pozbawienie stymulacji kości - od 40 % do 60 % w ciągu pierwszych 3 lat i postępujący dalej około 0,5 % na rok
- 5) Zanik kości – odsłanianie się sąsiednich zębów.
- 6) Upośledzenie żucia, przeciążenie zachowanych zębów.
- 7) Zaburzenie estetyki twarzy.
- 8) Konieczność uzupełnienia braku zębowego poprzez leczenie implantologiczne lub protetyczne (Z wyjątkiem trzecich zębów trzonowych lub zębów usuwanych ze wskazań ortodontycznych).
- 9) Zastosowane znieczulenie miejscowe powoduje „odrętwienie” jamy ustnej.

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg chirurgiczny jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

Miałem/am możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem dodatkowe wyjaśnienia.

Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu mogą wystąpić nowe okoliczności, które należy uwzględnić i dlatego może zaistnieć konieczność zmiany koncepcji leczenia (zmiany metody leczenia lub poszerzenia lub zmniejszenia zakresu). Rozumiem, że podczas świadczenia medycznego komunikacja z lekarzem może być utrudniona dlatego, w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia, wyrażam żądanie kontynuowania leczenia przy uwzględnieniu nowych okoliczności.

Zobowiązuję się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz do wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza.

W związku z powyższym po zapoznaniu się i zrozumieniu treści powyższej zgody oraz uzyskaniu jasnych i zrozumiałych dla mnie informacji dodatkowych zgodnie z art. 31-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz.1943 z późniejszymi zmianami) oraz art. 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, Nr 76, poz. 641 z późniejszymi zmianami) wyrażam zgodę na usunięcie wyżej wymienionego/ych zęba/zębów

Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie, w takim przypadku uczynię to pisemnie.

Niniejsze załączniki stanowią integralną część niniejszej zgody.

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentysty

pacjenta

.....
Czytelny podpis pacjenta / opiekuna
prawnego / przedstawiciela ustawowego

.....
czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat

alcephce
Paweł Burduk
Kierownik Kliniki
Otolaryngologii,
Chirurgii i Stomatologii
Szczękowo-Twarzowej
Prof. dr hab. n. med. Paweł Burduk