

ZGODA PACJENTA NA USUNIĘCIE ZMIANY O CHARAKTERZE TORBIELI

.....
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 :

.....

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

Usunięcie zmiany o charakterze torbieli polega na rozcięciu błony śluzowej i okostnej, zniesieniu kości (przykrywającej zmianę) doszczętnym usunięciu zmiany oraz założeniu szwów po wykonanym zabiegu. Zwykle wykonywana jest, kiedy dostępne metody leczenia zachowawczego (leczenie kanałowe) okazały się nieskuteczne, lub gdy zniszczenie kości jest tak zaawansowane, iż grozi uszkodzeniem tkanek otaczających.

Możliwa jest również konieczność wykonania resekcji wierzchołków korzeni znajdujących się w zmianie lub w bliskim kontakcie ze zmianą. Zabieg ten polega na odcięciu fragmentu korzenia zęba wcześniej leczonego endodontycznie, oraz wstecznym wypełnieniu kanału materiałem MTA w celu jego uszczelnienia. Pozostała po wyluszczonej torbieli jama kostna ulega zwykle spontanicznemu wypełnieniu tkanką kostną w trakcie procesu regeneracji kości, rozpoczynającej się na podłożu organizacji skrzepu krwi, który powstaje w miejscu po usunięciu zmiany o charakterze torbieli. Możliwe jest również zaopatrzenie łoża kostnej materiałem kośćozastępczym lub PRF (fibryna bogatopłytkowa pozyskana z krwi pacjenta). Błona śluzowa zostaje zaopatrzona szwami chirurgicznymi oraz jałowym tamponem z gazy.

Zastosowanie wyluszczenia(usunięcia) w przypadku rozległych torbieli lokalizujących się w bezpośrednim sąsiedztwie istotnych struktur anatomicznych (nerw, naczynia, zatoki szczękowe itp.) zagraża ryzykiem uszkodzenia tych struktur i wystąpienia powikłań (powstanie zmian nerwowo-naczyniowych, połączenia ustno-zatokowego, złamania kości itp.)

W niektórych przypadkach proces terapeutyczny leczenia zmian o charakterze torbieli poza wyluszczeniem może obejmować także usunięcie zęba przyczynowego. Niekiedy zabieg wykonywany jest w osłonie antybiotykowej.

Wiele stanów chorobowych jak i przyjmowanych leków może wpłynąć na przebieg zabiegu. Z tego powodu przed wykonaniem zabiegu konieczne jest szczegółowe poinformowanie lekarza o stanie zdrowia Pacjenta wypełniając ankietę zdrowia.

Zalecenia przed zabiegiem: zabieg zawsze powoduje mniejsze lub większe obciążenie okolicznych tkanek, a także całego ustroju, dlatego przed nim 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. O 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, perforacja dna zatoki, po usunięciu zmiany o charakterze torbieli 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 lub 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 usunięcia 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 rozległych zabiegów zakaz prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 h po zabiegu
- Konsekwencje usunięcia zmiany o charakterze torbieli:
- 1) Brak zęba- utrata ciągłości łuku zębowego
 - 2) Następce przemieszczenie zębów sąsiednich i przeciwstawnych.
 - 3) Ból/dyskomfort po zabiegowy.
 - 4) Następczy zanik kości wyrostka zębodołowego w miejscu usuniętej zmiany i 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 i zmiana kształtu wyrostka zębodołowego.
 - 6) Upośledzenie żucia, przeciążenie zachowanych zębów.
 - 7) Zaburzenie estetyki twarzy.
 - 8) Zastosowane znieczulenie miejscowe powoduje tymczasowe „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 zmiany o charakterze torbieli i 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

adaphege
Paweł Burek
Kierownik Kliniki
Otolaryngologii,
Chirurgii Stomatologicznej
Szczekowo-Twarzowej
Prof. dr hab. n. med. Paweł Burek

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