

Zgoda pacjenta na leczenie chirurgiczne ekstrakcja

.....
Imię i nazwisko oraz PESEL

Niniejszym wyrażam zgodę na leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) pisemnie wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z:

- ankietą zdrowia stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia TAK/NIE
- ankietą zdrowia w dokumentacji pacjenta bez zmian TAK/NIE
- nie znam żadnych przeciwwskazań medycznych TAK/NIE

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

Leczenie będzie polegać na:

Lekarz przeprowadzający ekstrakcję:

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, że 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 wyłyżeczkowanie (usunięcie) ziarniny zapalnej otaczającej usuwany ząb (wykonywane rutynowo, jeśli ząb jest przyczyną stanu zapalnego tkanek okołowierzchołkowych), wyrównanie brzegów kości. Rana poekstrakcyjna opatrywana jest jałowym tamponem z gazy, przy rozleglejszych zabiegach zębodoły zabezpiecza się szwami. Zębodoł 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 3 dni do 2 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 przez wypełnienie ankiety 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, zjeść lekki posiłek, przyjąć stale przyjmowane leki. W dniu poprzedzającym i w dzień zabiegu nie palić tytoniu, nie spożywać alkoholu ani 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
- 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 okolice 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, które może powodować dolegliwości bólowe lub zaburzenie czucia w obrębie wargi dolnej, niekiedy bezpowrotne;

- 3) o tym, że w szczególnych wypadkach może dojść do powikłań w postaci np. złamania żuchwy, uszkodzenia zębów sąsiednich, połączenia ustno-zatokowego;
- 4) o tym, że 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 do 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 przepisanej 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) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu.

Konsekwencje ekstrakcji:

- 1) brak zęba – utrata ciągłości łuku zębowego;
- 2) następcze przemieszczenie zębów sąsiednich i przeciwstawnych – w celu zamknięcia powstałej luki;
- 3) ból/dyskomfort poekstrakcyjny;
- 4) następczy 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. Dlatego zaleca się wypełnienie zębodołu preparatem kośćozastępczym, który na pewien czas ogranicza zanik kości wyrostka, powoduje to jednak wzrost kosztów;
- 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 z wskazań ortodontycznych);
- 9) zastosowane znieczulenia miejscowe powoduje „odrętwienie” jamy ustnej.

Przeciwwskazania według wiedzy i obaw pacjenta dotyczące stanu zdrowia oraz przyjmowanych leków (proszę wpisać lub wpisać „brak”):

.....

Zostały mi przedstawione koszty, które nie zawierają kosztów leków, i w całości je akceptuję.

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(-am) 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, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.

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 dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r. poz. 125) oraz art. 15–19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.) wyrażam zgodę na usunięcie wyżej wymienionego(-ych) zęba(-ów).

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

W celu prawidłowej diagnostyki wykonano / nie wykonano zdjęcie(a) RTG (opisać jakie), w dniu przed / po zabiegu, które stanowi integralną część niniejszej zgody.

.....
podpis i pieczętka lekarza dentystry czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego / przedstawiciela ustawowego pacjenta

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

miejsce, data