

Zgoda pacjenta na leczenie chirurgiczne resekcja

.....
Imię i nazwisko oraz PESEL

Wyrażam zgodę na leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji pisemnie 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 lekarza prowadzącego pisemnie. Przyjmuję do wiadomości, że ww. są danymi poufnymi.

Leczenie będzie polegać na:

Lekarz przeprowadzający resekcję:

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony(-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu

.....

Istota zabiegu

Resekcja/wycięcie wierzchołka korzenia zęba jest zabiegiem chirurgicznym polegającym na bezpowrotnym odcięciu wierzchołka korzenia zęba lub zębów i usunięciu go wraz z ziarniną zapalną przy użyciu instrumentarium chirurgicznego. Jest zabiegiem pozwalającym na utrzymanie zęba, który z niżej wymienionych powodów kwalifikowałby się do ekstrakcji. Zabieg polega na rozcięciu dziąsła (płata śluzówkowo-okostnego) i wycięciu w kości okienka kostnego, przez które odcina się wierzchołek korzenia zęba i usuwa się tkankę zmienioną zapalnie. Następnie wykonuje się wsteczne wypełnienie kanału korzeniowego. Ranę zaszywa się i pozostawia do zagojenia. Szwy zdejmowane są po około 5–7 dniach po zabiegu. Ubytek w kości, który pozostaje po usunięciu wierzchołka korzenia i ziarniny zapalnej, może być uzupełniony preparatami kośćcozastępczymi. Odbudowa kostna w miejscu resekcji trwa zwykle od kilku do kilkunastu miesięcy. Resekcja wykonywana jest, kiedy dostępne metody leczenia zachowawczego zęba okażą się nieskuteczne, lecz istnieje możliwość jego leczenia i odbudowy zęba. Procedura ta w większości przypadków pozwala na uratowanie zęba przed usunięciem, jednak istnieje ryzyko, że mimo przeprowadzonego zabiegu ząb i tak będzie musiał być usunięty w całości. 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 analgesodacji, które stosuje się przy określonych wskazaniach. W normalnych okolicznościach dyskomfort powinien zmniejszyć się w ciągu od 3 dni do 2 tygodni. Niekiedy zabieg resekcji wykonywany jest w osłonie antybiotykowej. Istnieje konieczność wykonania kilku zdjęć RTG (minimum 3). Resekcja jako zabieg naruszający prawidłową anatomię zęba może powodować konieczność rozszerzenia zakresu leczenia ponad wcześniej przewidziany zakres. Ząb po resekcji nie jest pełnowartościowym zębem filarowym uzupełnień protetycznych.

Najczęstszymi przyczynami doprowadzającymi do konieczności wykonania zabiegu resekcji są:

- 1) przewlekłe zapalenia tkanek okołowierzchołkowych niepoddające się leczeniu endodontycznemu;

- 2) materiał wypełniający kanał korzeniowy znajdujący się poza wierzchołkiem korzenia, jeśli jest przyczyną stanu zapalnego;
- 3) złamanie wierzchołka korzenia w wyniku urazu;
- 4) złamanie narzędzia endodontycznego w okolicy wierzchołka korzenia, jeśli jest przyczyną stanu zapalnego;
- 5) perforacja w części przywierzchołkowej korzenia przy braku możliwości leczenia zachowawczego;
- 6) brak możliwości udrożnienia części przywierzchołkowej kanału podczas leczenia endodontycznego.

Zalecenia przed zabiegiem

Resekcja 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 i przyjąć stale przyjmowane leki. W dniu poprzedzającym i w dzień zabiegu nie palić tytoniu, nie spożywać alkoholu, nie używać żadnych środków odurzających ani pobudzających.

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o ryzyku i możliwości powikłań, takich jak:

- 1) nadmierne lub przedłużające się krwawienie;
- 2) brak pełnego znieczulenia – stan zapalny niweluje działanie środków znieczulających;
- 3) obrzęk tkanek miękkich, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany;
- 4) zasinienie (krwiak) w okolicy zabiegu, który może być także widoczny na zewnątrz;
- 5) uszkodzenie wierzchołków sąsiednich zębów w trakcie zabiegu;
- 6) reakcja uczuleniowa na środki znieczulające;
- 7) uszkodzenie nerwu zębodołowego dolnego przy resekcji dolnych przedtrzonowców i trzonowców, które może powodować zaburzenie czucia lub dolegliwości bólowe;
- 8) połączenie z zatoką szczękową przy resekcji górnych przedtrzonowców i trzonowców;
- 9) mogą wystąpić trudności w implantacji w miejscu resekcji;
- 10) może wystąpić: zaostrzenie stanu zapalnego, które może wiązać się z koniecznością antybiotykoterapii i/lub dodatkową interwencją chirurgiczną;
- 11) w trakcie zabiegu może okazać się, że ząb jest pęknięty (czego nie było widać na zdjęciu RTG) lub ząb może pęknąć;
- 12) 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.

Konsekwencje resekcji:

- 1) utrata części korzenia zęba;
- 2) ból/dyskomfort pozabiegowy, obrzęk okolicy operowanej, zaczerwienienie;
- 3) zastosowane znieczulenie powoduje „odrętwienie” jamy ustnej;
- 4) konieczność zgłaszania się na kontrole według wskazań lekarza po zabiegu oraz wykonywanie kontrolnych zdjęć RTG. Pierwsza kontrola
- 5) istnieje możliwość, że w miejscu resekcji nie nastąpi pełna obudowa kostna;
- 6) trudności w wykorzystaniu lub utrzymaniu zęba resekowanego jako filaru nadbudowy protetycznej.

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

.....

Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć radiologicznych i fotograficznych w zakresie objętym leczeniem.
Koszty leczenia nie zawierają kosztów leków.

Całkowity koszt leczenia objętego niniejszą zgodą, który akceptuję, to kwota całkowita, słownie:

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 resekcję

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

W celu prawidłowej diagnostyki wykonano / nie wykonano zdjęcie 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