

Gabinet:

DC SMILE DESIGNERS

Joanna Dziok i Marta Czaplińska

– Lekarze Dentyści – spółka partnerska

NIP: 8943144633

Legnicka 55/Ua5, 54-203 Wrocław, PL

Pacjent:.....
imię i nazwisko.....
pesel.....
adres zamieszkania**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE – RESEKCJA I WYŁUSZCZENIE TORBIELI**

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry wyrażam zgodę na leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej - resekcję wierzchołków i/lub wyłuszczenie torbieli.

Lekarz przeprowadzający zabieg:

Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji o moim stanie 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. Przyjmuję do wiadomości, że powyższe informacje są danymi poufnymi.

Leczenie będzie polegać na:.....
.....
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.**Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia** miejscowego nasiękowego, przewodowego śródwieżadłowe oraz wyrażam zgodę, aby lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia. Zostałam poinformowany/-a o możliwych powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia, o ryzyku jak również o alternatywnych metodach.Czy występują przeciwwskazania do wykonania znieczulenia **TAK / NIE****Przeciwwskazania do wykonania znieczulenia** (jeśli zaznaczono tak powyżej – prosimy wpisać przeciwwskazania, jeśli nie - prosimy wpisać „brak”:

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 (płat śluzowkowo-okostnego) i wycięciu w kości okienka kostnego, przez które odcina się wierzchołek korzenia zęba i usuwa się zmienioną zapalnie tkankę. Następnie, wykonuje się wsteczne wypełnienie kanału korzeniowego. Ranę zasztywa się i pozostawia do zagojenia. Szwy zdejmowane są po około 10 do 14 dniach po zabiegu. Ubytek w kości, który pozostaje po usunięciu wierzchołka korzenia i ziarniny zapalnej, może być uzupełniony preparatami kościostępczymi. Odbudowa kostna w miejscu resekcji trwa zwykle od kilku do kilkunastu miesięcy. Resekcja wykonywana jest wtedy, kiedy dostępne metody leczenia zachowawczego zęba okażą się nieskuteczne, ale istnieje możliwość jego leczenia i odbudowy zęba. Procedura ta w większości przypadków pozwala na uratowanie zęba przed usunięciem, istnieje jednak 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, ale odczucie dotyku, ucisku i rozpierania jest zachowane. Istnieje możliwość przeprowadzenia zabiegu w znieczuleniu ogólnym lub analgosedacji, które stosuje się przy określonych wskazaniach. W normalnych okolicznościach dyskomfort powinien zmniejszyć się w ciągu trzech dni, do dwóch 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.

Wyłuszczenie torbieli przebiega w różny sposób w zależności od stanu zęba i sytuacji klinicznej. Chirurg może dokonać ekstrakcji zęba, a potem usunąć torbiel pod zębem. Alternatywą jest odwarstwienie błony śluzowej oraz kości celem uzyskania dostępu do zmiany i jej usunięcie. Zwykle konieczna jest resekcja wierzchołka korzenia zęba. Torbiel zlokalizowana w tkankach miękkich zostaje usunięta poprzez jej wycięcie. Chirurgiczne usuwanie większych zmian może być przeprowadzane dwuetapowo. Najpierw torbiel przy zębie zostaje odbarczona, a po pewnym czasie, gdy ulegnie ona zmniejszeniu, dokonuje się całkowitego wyłuszczenia. Chodzi o te torbiele, których usunięcie generowałoby ryzyko osłabienia kości i patologicznych złamań. Gdy torbiel zębowa kości lub żuchwy zostanie wyłuszczone, można wykonać rekonstrukcję ubytku z wykorzystaniem materiału kościostępczego.

Najczęstszymi przyczynami doprowadzającymi do konieczności wykonania zabiegu są:

- przewlekłe zapalenie tkanek okołowierzchołkowych niepoddające się leczeniu endodontycznemu;

- materiał wypełniający kanał korzeniowy znajdujący się poza wierzchołkiem korzenia, jeśli jest przyczyną stanu zapalnego;

- złamanie wierzchołka korzenia w wyniku urazu;

- złamanie narzędzia endodontycznego w okolicy wierzchołka korzenia, jeśli jest przyczyną stanu zapalnego;
- perforacja w części przywierzchołkowej korzenia przy braku możliwości leczenia zachowawczego;
- brak możliwości udrożnienia części przywierzchołkowej kanału podczas leczenia endodontycznego.

Zalecenia przed zabiegiem: Resekcja i wyłuszczenie torbieli zawsze powoduje mniejsze lub większe obciążenie okolicznych tkanek, a także całego ustroju, dlatego przed zabiegiem należy: wypocząć i o ile lekarz nie zaleci inaczej: zjeść lekki posiłek i zażyć stale przyjmowane leki. W dniu poprzedzającym i w dzień zabiegu nie wolno: palić tytoniu, spożywać alkoholu, używać żadnych środków odurzających, ani pobudzających.

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

- nadmierne lub przedłużające się krwawienie;
- brak pełnego znieczulenia – stan zapalny niweluje działanie środków znieczulających;
- obrzęk tkanek miękkich, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany;
- zasinienie (krwiak) w okolicy zabiegu, który może być widoczny także na zewnątrz;
- uszkodzenie wierzchołków sąsiednich zębów w trakcie zabiegu;
- reakcja uczuleniowa na środki znieczulające;
- uszkodzenie nerwu zębodołowego dolnego przy resekcji dolnych przedtrzonowców i trzonowców, które może powodować zaburzenie czucia lub dolegliwości bólowe;
- możliwość uszkodzenia nerwu zębodołowego dolnego podczas usuwania zmiany z żuchwy. Takie powikłanie manifestuje się zaburzeniami czucia w zakresie wargi dolnej, skóry bródki, dziąsła dolnego oraz wszystkich zębów po stronie operowanej;
- połączenie z zatoką szczękową przy resekcji górnych przedtrzonowców i trzonowców;
- mogą wystąpić trudności w implantacji, w miejscu resekcji;
- może wystąpić: zaostrzenie stanu zapalnego, które może wiązać się z koniecznością antybiotykoterapii i/ lub dodatkową interwencją chirurgiczną;
- w trakcie zabiegu może okazać się, że ząb jest pęknięty (czego nie było widać na zdjęciu RTG) lub ząb może pęknąć;
- 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:

- utrata części korzenia zęba;
- ból lub dyskomfort po zabiegowy, obrzęk okolicy operowanej, zaczerwienienie;
- zastosowane znieczulenie powoduje „odrętwienie” jamy ustnej;
- istnieje możliwość, że w miejscu resekcji nie nastąpi pełna obudowa kostna;
- trudności w wykorzystaniu lub utrzymaniu zęba resekowanego, jako filaru nadbudowy protetycznej.
- konieczność zgłaszania się na kontrolę wg. wskazań lekarza po zabiegu, oraz wykonywanie kontrolnych zdjęć RTG. Pierwsza kontrola (podać datę):

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

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej. Oświadczam, że zostałem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.

Koszty leczenia zostały mi przedstawione i zostałem poinformowany, że nie zawierają kosztów leków. Akceptuję koszty leczenia.

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 bądź też 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 dentysty oraz art. 15 – 19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wyrażam zgodę na resekcję i wyłuszczenie torbieli

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

W załączeniu:

- ankieta zdrowia pacjenta dorosłego/nieletniego **TAK/NIE**
 - oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta/opiekuna prawnego pacjenta **TAK/NIE**
- Niniejsze załączniki stanowią integralną część niniejszej zgody.

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

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentysty; data i miejscowość