

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 – EKSTRAKcja**

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, niniejszym wyrażam zgodę na leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej - **ekstrakcję zęba/zębów**

Lekarz przeprowadzający ekstrakcję:

Oświadczam, że udzieliłem/-am informacji pisemnej o moim aktualnym 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. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia: miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładłowego i wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia. Zostałem/-am poinformowany/-a o powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia, o ryzyku, jak również o alternatywnych metodach.

Nie znam żadnych przeciwwskazań do wykonania znieczulenia **TAK / NIE**

Przeciwwskazania 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 kostnej, zniesieniem kości (otaczającej ząb lub korzeń) i założeniem szwów po wykonanym zabiegu (ekstrakcja chirurgiczna). Zwykle jest ona wykonywana wtedy, kiedy dostępne metody leczenia zachowawczego okazały 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 analgesedacji, które stosuje się przy określonych wskazaniach. Ekstrakcja może łączyć się z koniecznością przeprowadzenia dodatkowych zabiegów leczniczych, takich jak: wyłęczekowanie (usunięcie) ziarniny zapalnej otaczającej usuwany ząb (wykonywane jest rutynowo, jeśli to ząb jest przyczyną stanu zapalnego tkanek okołowierzchołkowych) i 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 następuje proces 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 czasie od 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, poprzez dokładne i zgodne z prawdą 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 i przyjąć stale przyjmowane leki. W dniu poprzedzającym i w dniu 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, tzw. suchy zębodół – utrudnione gojenie spowodowane utratą skrzepu zabezpieczającego okolicę ekstrakcji (zębodół), perforacji 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 manifestuje się zaburzeniami czucia w zakresie wargi dolnej, skóry bródki, dziąsła dolnego oraz wszystkich zębów po stronie operowanej. Jest to rzadkie powikłanie i może sięgać do 1% powikłań w przypadku usuwania zębów zatrzymanych w żuchwie. W przypadku zębów znajdujących się w łuku zębowym powikłanie to jest bardzo rzadkie;
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 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) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12h po zabiegu.

Konsekwencje ekstrakcji:

1. brak zęba – utrata ciągłości łuku zębowego;
2. następce przemieszczenie zębów sąsiednich i przeciwstawnych – w celu zamknięcia powstałej luki;
3. ból lub dyskomfort poekstrakcyjny;
4. następczy zanik kości wyrostka zębodołowego w miejscu brakującego zęba z uwagi na pozbawienie stymulacji kości – od 40 do 60 proc. w ciągu pierwszych 3 lat i postępujący dalej – około 0,5 proc. na rok; dlatego zaleca się wypełnienie zębodołu preparatem kośćozastępczym, który na pewien czas ogranicza zanik kości wyrostka; to jednak powoduje 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 ze wskazań ortodontycznych);
9. zastosowane znieczulenie miejscowe powoduje „odrętwienie” jamy ustnej.

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

.....
Zostały mi przedstawione koszty, nie zawierające kosztów leków, które akceptuję w całości.

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 także 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 usunięcie wyżej wymienionego/-ych zęba/zębów.**

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 / po zabiegu, które stanowi/-ą integralną część niniejszej zgody.

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....
Data podpisu

.....
Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna