

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 CHIRURGICZNE LECZENIE NIEPRAWIDŁOWOŚCI TKANEK MIĘKKICH – AUGMENTACJA DZIAŚŁA**

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wyrażam zgodę na leczenie nieprawidłowości tkanek miękkich.

Lekarz prowadzący:

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

Leczenie będzie polegać na:

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego oraz wyrażam zgodę, aby lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia. Zostałam/-em poinformowana/-y o powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia.

Zabiegi augmentacji dziąsła wykonuje się w celu:

- leczenia recesji dziąsła (odsłonięcie powierzchni korzenia naturalnego zęba, wydłużenie korony protetycznej na implancie lub odsłonięcie łącznika/implantu);
- poprawy jakości i ilości dziąsła wokół zębów i implantów przy współistniejących dolegliwościach podczas szczotkowania zębów i/lub braku odpowiedniego dziąsła przytwierdzonego/ skeratynizowanego;
- poprawy jakości i ilości dziąsła przed leczeniem ortodontycznym, podczas którego planowane jest doprzedionkowe przesuwanie zębów (profilaktyka wystąpienia recesji dziąsła);
- poprawy jakości i ilości dziąsła przed leczeniem protetycznym.

Zabieg polega na nacięciu i odwarstwieniu dziąsła w celu przygotowania miejsca do wprowadzenia przeszczepu, który poprawi jakość i objętość dziąsła w leczonym rejonie. Przeszczep pobierany jest z podniebienia lub guza szczęki. W zależności od wskazań są to przeszczepy dziąsła z nabłonkiem lub podnabłonkowej tkanki łącznej. Miejsce po pobraniu przeszczepu goi się z odtworzeniem dziąsła, dlatego może być wykorzystane do ponownego pobrania przeszczepu po około 3 miesiącach. Rodzaj techniki zabiegowej oraz wskazania determinują sposób umieszczenia przeszczepu w miejscu biorczym. Dlatego przeszczep może być całkowicie lub częściowo schowany pod dziąsłem lub w pełni widoczny. Po zabiegu zwiększa się objętość dziąsła. W niektórych przypadkach dziąsło może być nadmiernie wypukłe, co może być powodem drobnej korekty, ale tylko jeżeli w odczuciu pacjenta będzie to problem estetyczny. Przeszczepy z nabłonkiem zawsze dają dyskomfort estetyczny, gdyż po wygojeniu leczone tkanki są jaśniejsze.

Dlatego tego typu zabiegi wykonuje się w rejonach nieistotnych z estetycznego punktu widzenia. Zamiast przeszczepów pochodzących od pacjenta mogą być stosowane biomateriały – matryce kolagenowe pozyskiwane od zwierząt lub czynniki bioaktywne. Jednak wg aktualnych danych skuteczność leczenia z ich wykorzystaniem jest mniejsza niż po zastosowaniu przeszczepionych tkanek.

W przypadku, gdy przyległe do leczonych tkanki cechują się dobrą jakością, mogą być wykorzystane do augmentacji bez konieczności pobierania przeszczepu. Zakres rekonstrukcji dziąsła zależy od wielu czynników, w tym od osobniczego potencjału organizmu do gojenia. W przypadku leczenia recesji dziąsła procent pokrycia korzenia jest trudny do przewidzenia. Wiele recesji dziąsła zlokalizowanych na naturalnych zębach oraz większość na implantach nie daje w ogóle możliwości całkowitego pokrycia odsłoniętej powierzchni korzenia lub implantu. Nie ma również możliwości prognozowania stabilności dziąsła po leczeniu, gdyż wraz z wiekiem brzeg dziąsła przesuwa się w kierunku do wierzchołka korzenia zęba oraz zmniejsza się objętość dziąsła. Procesy te są indywidualnie zależne. W przypadku leczenia ortodontycznego, zabieg augmentacji dziąsła nie zabezpiecza przed wystąpieniem recesji dziąsła, tylko zmniejsza prawdopodobieństwo tej nieprawidłowości. Warunkiem zakwalifikowania do zabiegu augmentacji dziąsła jest osiągnięcie przez pacjenta optymalnej higieny jamy ustnej. Palenie oraz wiele stanów chorobowych jak i przyjmowanych leków może wpłynąć na przebieg zabiegu. Z tego powodu przed jego wykonaniem konieczne jest szczegółowe poinformowanie lekarza o stanie zdrowia wypełniając ankietę zdrowia.

Konsekwencje zabiegów: zwiększanie objętości dziąsła; poszerzenie dziąsła przytwierdzonego i skeratynizowanego; w przypadku leczenia recesji dziąsła – częściowe lub całkowite pokrycie powierzchni korzenia, poprawa estetyki leczonego rejonu, zmniejszenie nadwrażliwości zębów; w przypadku zastosowania przeszczepów dziąsła z nabłonkiem – zmiana koloru dziąsła w leczonym rejonie na bledszy.

Zalecenia przed zabiegiem: Zabieg zawsze powoduje mniejsze lub większe obciążenie okolicznych tkanek, a także całego ustroju, dlatego przed zabiegiem należy: wypocząć oraz, o ile lekarz nie zaleci inaczej, to: zjeść lekki posiłek, przyjąć stale przyjmowane leki. W dniu poprzedzającym i w dzień zabiegu nie należy spożywać alkoholu, używać jakichkolwiek środków odurzających czy pobudzających. Obowiązuje zakaz palenia przez co najmniej 2 tygodnie przed zabiegiem oraz przez co najmniej 2 tygodnie po zabiegu.

Zostałam/-em poinformowana/-y o:

a) technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiona/-y z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym;

b) czasowych następstwach zabiegu chirurgicznego tj.: ból, obrzęk, krwawienie, zasinienie/krwiak;

c) ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), tj.: stany zapalne, utrudnione gojenie rany w leczonym rejonie i w miejscu dawczym, nadmierne lub przedłużające się krwawienie (szczególnie z podniebienia), reakcja uczuleniowa na środki znieczulające, uszkodzenie nerwu, które może powodować dolegliwości bólowe lub zaburzenie czucia w obrębie wargi górnej/dolnej (niekiedy bezpowrotne);

d) możliwości uszkodzenia nerwu bródkowego – szczególnie w procedurze odtwarzającej strefę dziąsła związanego w okolicy zębów przedtrzonowych i trzonowych żuchwy;

e) możliwości obumarcia przeszczepu, braku odtworzenia dziąsła, deformacji dziąsła;

f) w przypadku rozejścia się brzegów rany lub niedostatecznej higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek i w konsekwencji do usunięcia przeszczepu/biomateriału i konieczności dodatkowego leczenia i zabiegów operacyjnych;

g) zakazie palenia ze względu na negatywny wpływ palenia na regenerację dziąsła i gojenie rany;

h) zaleceniach dotyczących postępowania po zabiegu, a w szczególności o: zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego przez 14 dni; zakazie picia alkoholu i palenia – jak wyżej; w razie powikłań konieczności przyjmowania przepisanego antybiotyku; konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem; konieczności usunięcia szwów chirurgicznych; wizytach kontrolnych, na które należy zgłaszać się w wyznaczonych przez lekarza terminach; konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej.

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

Powyższe zasady przeczytałam/-em i zrozumiałam/-em, uzyskałam/-em również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałam/-em poinformowana/-y o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie.

Zostałam/-em poinformowana/-y 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 nie eliminuje innych, w tym ukrytych problemów.

Miałam/-em możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałam/-em 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 / zmniejszenia zakresu zabiegu). Rozumiem, że podczas świadczenia medycznego komunikacja z lekarzem może być utrudniona dlatego, w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia, wyrażam zgodę na kontynuowanie 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 niniejszej zgody oraz uzyskaniu jasnych i zrozumiałych dla mnie dodatkowych informacji 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 zabieg augmentacji dziąsła.

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

.....
Podpis i pieczętka lekarza dentysty

.....
Data podpisu

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