

ŚWIADOMA ZGODA NA PODNIESIENIE DŃA ZATOKI SZCZĘKOWEJ (SINUS LIFT)

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Niniejsza zgoda dotyczy zabiegu podniesienia dna zatoki szczękowej po stronie lewej/prawej:*

- ☐ Metoda zamknięta bez augmentacji
- ☐ Metoda zamknięta z augmentacją
- ☐ Metoda otwarta z augmentacją

W celu uzyskania prawidłowej regeneracji/objętości kostnej w leczeniu implanto-protetycznym w obrębie szczęki, w wielu przypadkach konieczne jest wykonanie zabiegu podniesienia dna zatoki szczękowej.

Zabieg może być wykonany w zależności od wskazań klinicznych u pacjenta, metodą zamkniętą przez zębodół lub metodą otwartą poprzez stworzenie dostępu w przedniej ścianie kości szczęki. Aby sterować i odtworzyć właściwą objętość tkanki kostnej, lekarz w przeważającej liczbie przypadków stosuje preparaty kośćcozastępcze, które stanowią rusztowanie dla nowopowstającej tkanki kostnej. W tym celu stosowane są materiały (graft): pochodzenia zwierzęcego i ludzkiego (spreparowana kość w postaci granulatu, bloków kostnych), wiórki i bloki z kości własnej pacjenta, oraz osocze bogatopłytkowe pochodzące z krwi własnej pacjenta. Elementami mocującymi graft kostny są błony zaporowe pochodzenia naturalnego lub syntetycznego przypinane do kości szczęki specjalnymi pinami. O wyborze stosowanych materiałów kostnych i preparatów kośćcozastępczych decyduje lekarz operator na podstawie oceny klinicznej stanu pacjenta.

**niepotrzebne skreślić*

Zabieg przeprowadzany jest w znieczuleniu miejscowym. W przypadku zastosowania augmentacji stosowana jest antybiotykoterapia. Znieczulenie miejscowe ma na celu ułatwienie procesu regeneracji tkanki u pacjentów, może zachodzić konieczność dodatkowych zabiegów augmentacyjnych w celu uzyskania pożądanej ilości tkanki kostnej. Wynik tego zależy od właściwego postępowania pacjenta w okresie około- i pozabiegowym, w tym: unikania palenia papierosów i wyrobów tytoniowych, utrzymania właściwej higieny jamy ustnej, unikania wysiłku fizycznego oraz regularnego przyjmowania zaleconych leków.

Objawy mogące wystąpić w okresie pozabiegowym:

1. Ból, obrzęk, zasinienie po stronie operowanej rozszerzające się w kierunku oczodołu.
2. Utrzymujące się nieznaczne krwawienie z jamy ustnej lub nosa.
3. Podrażnienie nerwów w okolicy zabiegowej powodujące drętwienie ust, policzka, podniebienia, dziąsła i części nosa. Opisany stan jest zazwyczaj przejściowy, ale w rzadkich przypadkach niektóre objawy utrzymują się dłużej lub nawet na stałe.
4. Uszkodzenie kącika ust i bolesność stawu skroniowo-żuchwowego wskutek trwałego napięcia tkanek podczas zabiegu.
5. Nadwrażliwość okolicznych zębów na bodźce termiczne (zimno, ciepło) i ich zwiększona - przejściowo - ruchomość.
6. Odsłonięcie szyjek zębów szczęki, a w przypadku istnienia koron protetycznych - uwidocznienie ich zakresu na zębie.
7. W rzadkich przypadkach konieczność leczenia endodontycznego zębów w szczęcie w okolicy pozabiegowej.
8. Pojawienie się stanu zapalnego tkanek szczęki wymagającego dodatkowego leczenia, a czasem usunięcia zastosowanych materiałów kośćcozastępczych, nawet w warunkach szpitalnych.
9. Ze względu na stosowane środki znieczulenia miejscowego może wystąpić odczyn alergiczny.
10. Ze względu na stosowanie antybiotyku może wystąpić odczyn alergiczny oraz objawy ze strony układu pokarmowego, a także ograniczenie skuteczności działania leków antykoncepcyjnych.

Wyrażam świadomą zgodę na wykonywanie dokumentacji radiologicznej, fotograficznej, filmowej przed, w trakcie i po zabiegu, w celu dokumentowania procesu leczenia.

Niniejszym wyrażam świadomą, udzieloną zgodę na powyższe zabiegi, niezbędne badania obrazowe i diagnostyczne oraz przedstawione koszty.

.....
Data

.....
Podpis lekarza i pieczęć

.....
Czytelny podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałam/em, zrozumiałam/em i uzyskałam/em wyjaśnienia dotyczące leczenia mojego przypadku. Zostałam/em poinformowana/y o alternatywnych możliwościach postępowania, o ryzyku towarzyszącym ich zastosowaniu i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia włącznie. Dobrowolnie zdecydowałam/em się na przedstawione mi leczenie. Rozumiem, na czym polega wybrana metoda oraz, że podobnie jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie mogą być zagwarantowane, pomimo postępowania godnego ze strony lekarza, ze względu na różną odpowiedź biologiczną organizmu pacjenta. Ponadto, powyżej opisany zabieg stanowi jedynie element zaplanowanego leczenia chirurgiczno-protetycznego.

Po zapoznaniu się z treścią formularza „Świadoma zgoda NA PODNIESIENIE DNA ZATOKI SZCZĘKOWEJ (SINUS LIFT)", kosztami leczenia (cennik) oraz przedłożonego mi Planu Leczenia, oświadczam, że wyrażam zgodę na zaproponowany zabieg i zobowiązuję się przestrzegać zaleceń. Miałam/-em możliwość zadawania pytań lekarzowi, zrozumiałam/-em odpowiedzi. Moja decyzja o poddaniu się zabiegowi PODNIESIENIA DNA ZATOKI SZCZĘKOWEJ (SINUS LIFT) jest w pełni świadoma i przemyślana.

Oświadczam, że udzieliłam/-em wyczerpujących i prawdziwych informacji, co do mojego stanu zdrowia - zgodnie z ankietą „Informacja o stanie zdrowia pacjenta". O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się każdorazowo powiadomić lekarza stomatologa. Przyjmuję do wiadomości, że powyższe informacje są danymi poufnymi.