

Formularz świadomej zgody na leczenie chirurgiczne Gingivoosteoplastyka, Gingivoplastyka, Hemisekcja, Kortikotomia

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres:.....

Nr telefonu:

Niniejszym, wyrażam zgodę na leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej przeprowadzone w (...) przez lekarza.....

Oświadczam, że: *(należy zakreślić)*

- ☐ udzieliłem(-am) pisemnie wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą;
- ☐ o wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić pisemnie lekarza prowadzącego;
- ☐ wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.

Leczenie będzie polegać na:

Opis zabiegu:

Gingivoosteoplastyka - zabieg chirurgiczny łączący gingiwoplastykę (modelowanie dziąsła) oraz osteoplastykę (modelowanie kości wyrostka zębodołowego) w okolicy jednego zęba lub jednej kieszeni przyzębnej. Zabieg polega na usunięciu nadmiaru tkanki dziąsłowej i ewentualnych nierówności w kości. Celem jest likwidacja kieszeni dziąsłowych oraz poprawa estetyki i higieny okolic przyzębia. Zabieg ma zastosowanie przy leczeniu chorób przyzębia, odsłonięciu koron zębów (np. przed protetyką), poprawie estetyki uśmiechu.

Gingiwoplastyka - Zabieg modelowania dziąseł bez ingerencji w kość – korekcja ich kształtu, konturu i ułożenia. Zabieg polega na Chirurgicznym usunięciu nadmiaru dziąsła, aby poprawić estetykę lub ułatwić higienę. Zabieg może być wykonywany skalpelem, laserem lub elektrochirurgicznie. Zabieg ma zastosowanie przy tzw. uśmiechu dziąsłowym (gummy smile), przeroście dziąseł, przygotowaniu pola protetycznego (np. pod korony).

Hemisekcja / Radektomia - Zabiegi chirurgiczne stosowane przy zębach wielokorzeniowych (najczęściej trzonowcach), kiedy jeden korzeń jest nieodwracalnie uszkodzony. Hemisekcja polega na usunięciu jednego z korzeni zęba wraz z odpowiadającą mu częścią korony. Pozostały korzeń i część zęba mogą być zachowane i dalej użytkowane (często z odbudową protetyczną). Radektomia polega na usunięciu samego chorego korzenia, bez usuwania korony zęba, jeśli to możliwe. Radektomia ma zastosowanie przy złamaniu korzenia, niedrożności kanału, zmianach okołowierzchołkowych.

Kortikotomia: Zabieg chirurgiczny stosowany najczęściej w ortodoncji – nacięcie lub nawiercenie blaszki korowej kości szczęki lub żuchwy. Celem zabiegu jest przyspieszenie przemieszczania zębów poprzez osłabienie oporu kostnego. W czasie zabiegu wykonuje się nacięcia w kości korowej między zębami lub wokół nich. Kortikotomia ma zastosowanie w leczeniu ortodontycznym u dorosłych, gdzie zależy na skróceniu czasu terapii lub poprawie efektywności przesuwania zębów.

Niniejszym, oświadczam, że zostałem (-am) poinformowany(-a):

- ☐ o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony(-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o rodzaju znieczulenia;

- o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak:

Gingivoosteoplastyka:

- Krwawienie po zabiegu,
- Obrzęk i ból w miejscu operowanym,
- Infekcja rany pooperacyjnej,
- Recesja dziąsła (odsłonięcie szyjek zębowych),
- Pogorszenie estetyki (wydłużenie zęba),
- Wrażliwość na temperaturę,
- Nawrót kieszeni przyzębnych (jeśli nie ma dobrej higieny),

Gingiwoplastyka:

- Przejściowe krwawienie i ból,
- Recesja dziąsła i nadwrażliwość szyjek zębowych,
- Bliznowacenie lub asymetria dziąseł,
- Infekcja rany,
- Zaburzenia estetyki – efekt może być inny niż oczekiwany.

Hemisekcja / Radektomia:

- Utrata zęba (jeśli reszta zęba się nie utrzyma),
- Złamanie pozostałej części zęba,
- Ból i obrzęk po zabiegu,
- Nawrót infekcji (jeśli nie usunięto całkowicie zmian okołowierzchołkowych),
- Uszkodzenie sąsiednich zębów,
- Potrzeba późniejszej odbudowy protetycznej (np. korona, most)

Kortikotomia:

- Obrzęk i ból twarzy po zabiegu,
- Krwaki lub siniaki w okolicy zabiegowej,
- Zakażenie rany,
- Uszkodzenie struktur anatomicznych (np. korzeni zębów, naczyń),
- Zanik kości przy niewłaściwej technice lub u pacjentów z paradontozą,

Nieprzewidywalna reakcja tkanek (np. zbyt szybki lub zbyt wolny ruch zębów).

- tym, że w szczególnych wypadkach może dojść do powikłań w postaci np. złamania żuchwy, uszkodzenia zębów sąsiednich, połączenia ustno-zatokowego;
- 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;
- o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany;
- o wskazaniach odnośnie do 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 przepisanych antybiotyków;
 - d) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem;
 - e) konieczności usunięcia 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 12 godzin po zabiegu.

Lekarz poinformował mnie również o konsekwencjach powyższych zabiegów takich jak:

1. Recesja dziąsła (odsłonięcie szyjek i korzeni zębów);
2. Wrażliwość na bodźce (zimno, ciepło);
3. Pogorszenie estetyki – „wydłużone” zęby;
4. Konieczność dalszego leczenia (protetyka lub ortodoncja);
5. Możliwość nawrotu przerostu (np. przy leczeniu farmakologicznym);
6. Blizny lub asymetria dziąseł;
7. Osłabienie zęba – zwiększone ryzyko złamania;
8. Zwiększone wymagania protetyczne (np. konieczność korony);
9. Możliwość niepowodzenia – ostateczna ekstrakcja;
10. Ryzyko resorpcji korzeni (jeśli zabieg niewłaściwie przeprowadzony);
11. Możliwe trwałe zmiany w kości (zanik, przemieszczenie zębów);
12. Ból, krwaki, infekcje – typowe dla zabiegów chirurgicznych.

Przeciwwskazania według wiedzy i obaw pacjenta dotyczące stanu zdrowia oraz przyjmowanych leków (wypełnia lekarz):

.....

Zostały mi przedstawione koszty leczenia w wysokości, które nie zawierają kosztów leków.

Udzielając świadomej zgody na zabieg:.....:

- ☐ Oświadczam, że w całości akceptuję powyższe koszty i zobowiązuję się do ich poniesienia.
- ☐ 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 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 15–19 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wyrażam zgodę na zaproponowane mi leczenie.
- ☐ Wiem, że w każdym momencie mogę odwołać zgodę na leczenie, w takim przypadku uczynię to pisemnie.

.....

podpis lekarza dentysty

.....

*czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego /
przedstawiciela ustawowego pacjenta*

.....

czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat

miejsowość, data