

Formularz świadomej zgody na leczenie chirurgiczne ekstrakcja

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.

Zęby zakwalifikowane do ekstrakcji:

Opis zabiegu:

Ekstrakcja jest zabiegiem chirurgicznym polegającym na bezpowrotnym usunięciu zęba lub zębów przy użyciu instrumentarium chirurgicznego. Zabieg może wiązać się z koniecznością rozcięcia dziąsła i okostnej, zniesieniem kości i założeniem szwów po wykonanym zabiegu. Ekstrakcja wykonywana jest, gdy dostępne metody leczenia zachowawczego okażą 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. Ekstrakcja może łączyć się z koniecznością przeprowadzenia dodatkowych zabiegów leczniczych, jak wyłuszczenie (usunięcie) ziarniny zapalnej otaczającej usuwany ząb (wykonywane rutynowo, jeśli ząb jest przyczyną stanu zapalnego tkanek okołowierzchołkowych), wyrównanie brzegów kości. Rana poekstrakcyjna opatrywana jest jałowym tamponem z gazy, w niektórych sytuacjach klinicznych zębodoły zabezpiecza się szwami. Zębodół po ekstrakcji wypełnia się krwią zamieniającą się w skrzep, dzięki któremu następują procesy 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 ciągu 3 dni do 2 tygodni. Niekiedy zabieg ekstrakcji wykonywany jest w osłonie antybiotykowej. Wiele stanów chorobowych, jak i przyjmowanych leków może wpłynąć na przebieg zabiegu.

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

1. o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony(-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o rodzaju znieczulenia;
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 zębodoł – utrudnione gojenie spowodowane utratą skrzepu zabezpieczającego okolicę ekstrakcji (zębodoł),
 - ✓ perforację dna zatoki, po usunięciu zęba może dojść do połączenia światła zatoki z jamą ustną (stan ten wymaga przeprowadzenia dodatkowych zabiegów chirurgicznych),
 - ✓ wtłoczenie korzenia zęba do zatoki szczękowej (stan ten wymaga przeprowadzenia dodatkowych zabiegów chirurgicznych)
 - ✓ uszkodzenie nerwu zębodołowego dolnego, które może powodować dolegliwości bólowe lub zaburzenie czucia w obrębie wargi dolnej, niekiedy bezpowrotne;
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 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 przepisanego antybiotyku;
 - 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 chirurgicznego usunięcia zęba, takich jak:

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

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

Udzielając świadomej zgody na ekstrakcję:

- ✓ 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 usunięcie wyżej wymienionego(-ych) zęba(-ów).
- ✓ 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