

Formularz świadomej zgody na leczenie chirurgiczne resekcja

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres:.....

Nr telefonu:

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

Oświadczam, że:)

- ✓ 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.

Zakres resekcji:

.....

Opis zabiegu:

Resekcja wierzchołka korzenia zęba, znana również jako jego wycięcie, to zabieg chirurgiczny polegający na trwałym usunięciu wierzchołka korzenia zęba (lub zębów) wraz z towarzyszącą mu tkanką ziarninową o charakterze zapalnym, przy użyciu odpowiedniego instrumentarium chirurgicznego. Procedura ta umożliwia zachowanie zęba, który w innym przypadku — ze względu na określone wskazania — kwalifikowałby się do ekstrakcji.

Zabieg rozpoczyna się od nacięcia dziąsła (utworzenia płata śluzówkowo-okostnowego) i wykonania w kości tzw. okienka kostnego, przez które usuwa się wierzchołek korzenia i tkankę objętą stanem zapalnym. Następnie wykonuje się wsteczne wypełnienie kanału korzeniowego, po czym rana zostaje zszyta i pozostawiona do wygojenia. Szwy zazwyczaj usuwa się po 5–7 dniach. Ubytek kostny, powstały po usunięciu zmienionych tkanek, może być uzupełniony materiałami kośćcozastępczymi. Proces regeneracji kości w miejscu resekcji trwa od kilku miesięcy do ponad roku.

Resekcja jest przeprowadzana w sytuacjach, gdy inne metody leczenia zachowawczego zawiodły, ale ząb nadal można poddać leczeniu i odbudowie. W wielu przypadkach procedura ta pozwala uratować ząb przed usunięciem, jednak nie daje pełnej gwarancji powodzenia – może się zdarzyć, że mimo leczenia ząb będzie musiał zostać ostatecznie usunięty.

Zabieg w naszym podmiocie wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym, które skutecznie eliminuje ból, choć pacjent nadal może odczuwać nacisk, dotyk czy rozpieranie. Po zabiegu dyskomfort najczęściej ustępuje w okresie od 3 dni do 2 tygodni. Czasami stosuje się profilaktyczne leczenie antybiotykami.

Ze względu na ingerencję w anatomiczną strukturę zęba, resekcja może wymagać rozszerzenia zakresu leczenia poza pierwotne założenia. Ząb po zabiegu nie spełnia pełnowartościowej roli filaru dla uzupełnień protetycznych.

Zalecenia przed zabiegiem

Resekcja wiąże się z mniejszym lub większym obciążeniem dla tkanek otaczających ząb, jak również dla całego organizmu, dlatego przed jej przeprowadzeniem należy: odpowiednio się zrelaksować, a także – jeśli lekarz nie zaleci inaczej – spożyć lekki posiłek i przyjąć leki stosowane na stałe. W dniu poprzedzającym zabieg oraz w dniu jego wykonania należy unikać palenia tytoniu, spożywania alkoholu, a także stosowania jakichkolwiek środków odurzających lub pobudzających.

Najczęstsze wskazania do przeprowadzenia resekcji wierzchołka korzenia obejmują:

1. Przewlekłe zapalenia tkanek okołowierzchołkowych niewrażliwe na leczenie endodontyczne;
2. Obecność materiału wypełniającego kanał poza wierzchołkiem, który wywołuje stan zapalny;
3. Złamanie wierzchołka korzenia na skutek urazu;
4. Złamane narzędzie endodontyczne w okolicy wierzchołkowej będące źródłem stanu zapalnego;
5. Perforacja w rejonie przywierzchołkowym, przy braku możliwości leczenia zachowawczego;
6. Brak możliwości udrożnienia końcowego odcinka kanału podczas leczenia endodontycznego.

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:
1. możliwość wystąpienia nadmiernego lub przedłużającego się krwawienia;
 2. nieskuteczność pełnego znieczulenia – obecność stanu zapalnego może ograniczać działanie środków znieczulających;
 3. pojawienie się obrzęku tkanek miękkich, stanów zapalnych oraz utrudnionego gojenia rany;
 4. powstanie zasinienia (krwiaka) w rejonie zabiegu, które może być widoczne również zewnętrznie;
 5. ryzyko uszkodzenia wierzchołków sąsiednich zębów w trakcie procedury;
 6. możliwość wystąpienia reakcji alergicznej na zastosowane środki znieczulające;
 7. ryzyko uszkodzenia nerwu zębodołowego dolnego podczas resekcji dolnych zębów przedtrzonowych i trzonowych, co może prowadzić do zaburzeń czucia lub dolegliwości bólowych;
 8. połączenie z zatoką szczękową podczas resekcji górnych zębów przedtrzonowych i trzonowych;
 9. możliwość wystąpienia trudności podczas późniejszej implantacji w miejscu przeprowadzonej resekcji;
 10. ryzyko zaostrzenia stanu zapalnego, co może wymagać wdrożenia antybiotykoterapii i/lub dodatkowego zabiegu chirurgicznego;
 11. podczas zabiegu może zostać ujawnione pęknięcie zęba, niewidoczne wcześniej na zdjęciu RTG, lub może dojść do pęknięcia zęba;
 12. przy niewystarczającej higienie jamy ustnej istnieje ryzyko rozwoju stanu zapalnego tkanek, zwłaszcza kości, co może prowadzić do konieczności dalszego leczenia i dodatkowych interwencji chirurgicznych.

Lekarz poinformował mnie również o konsekwencjach chirurgicznego usunięcia zęba, takich jak:

1. utrata fragmentu korzenia zęba;
2. wystąpienie bólu lub dyskomfortu po zabiegu, obrzęku w operowanej okolicy oraz zaczerwienienia;
3. uczucie „odrętwienia” w jamie ustnej w wyniku działania znieczulenia;
4. konieczność odbywania wizyt kontrolnych zgodnie z zaleceniami lekarza oraz wykonania zdjęć RTG – pierwsza kontrola;
5. możliwość niepełnej odbudowy kostnej w miejscu resekcji;
6. ograniczenia w wykorzystaniu lub utrzymaniu zęba po resekcji jako filaru dla uzupełnień protetycznych.

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 resekcję:

- 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.

W celu prawidłowej diagnostyki wykonano/nie wykonano zdjęcie(-a) RTG,
w dniu przed/po zabiegu, które stanowi integralną część niniejszej zgody.

.....
podpis lekarza dentysty

.....
czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego /

przedstawiciela ustawowego pacjenta

.....

czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat

miejsowość, data