

Formularz świadomej zgody pacjenta na implantację wszczepów stomatologicznych

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres:.....

Nr telefonu:

Niniejszym wyrażam zgodę na leczenie chirurgiczne – wszczepienie implantów, w (...), adres: (...) przez lekarza.....

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o poniżej wyszczególnionym zakresie leczenia.

.....
.....
.....

Planowany, zaakceptowany przez Pacjenta projekt zabiegu:

.....
.....

Rodzaj implantów:

.....

ewentualnie

.....

Planowany, zaakceptowany przez Pacjenta projekt uzupełnień protetycznych:

.....
.....
.....

Oświadczam, że:

- ☐ udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą,
- ☐ zobowiązuję się powiadomić ustnie lekarza prowadzącego o wszystkich zmianach mojego stanu zdrowia,
- ☐ wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.
- ☐ zostałem(-am) pouczony(-a) o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.

Informacja dla Pacjenta:

Proszę w dniu zabiegu i w ciągu 2 kolejnych dni:

- nie palić,
- nie pić alkoholu,
- nie wykonywać żadnego wysiłku fizycznego,
- ograniczyć mówienie,
- przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie,
- po jedzeniu przepłukiwać krótko jamę ustną zimną wodą lub zaleconą przez lekarza płukanką,
- nie dotykać okolic zabiegu,
- utrzymywać zalecaną higienę jamy ustnej.

Znieczulenie miejscowe może obniżyć Pana/Pani zdolność do reagowania w ruchu drogowym. O ile lekarz nie zaleci inaczej, przez 2–6 godzin po podaniu znieczulenia nie należy prowadzić pojazdów ani jeździć rowerem. W ciągu 2 tygodni po zabiegu, o ile lekarz nie zaleci inaczej, proszę powstrzymać się od uprawiania sportów wyczynowych oraz unikać ekstremalnych warunków klimatycznych, takich jak jazda na nartach czy podróż do tropików. W razie wystąpienia nietypowych odczuć w miejscu zabiegu, proszę natychmiast zgłosić się do lekarza.

1. Podczas konsultacji implantologicznej została przeprowadzona rozmowa informacyjna z pacjentem/pacjentką na temat implantacji wszczepów, materiałów kośćcozastępczych. Omówione zostały przy tym różne systemy implantologiczne pod względem przydatności w danym indywidualnym przypadku.

2. Został mi wyczerpująco objaśniony zakres i przebieg zaplanowanego leczenia. Przedstawiono mi także w zrozumiałej formie ewentualne skutki uboczne i ryzyko.

3. Po rozważeniu wszystkich ważnych dla mnie informacji, zdając sobie sprawę z możliwych komplikacji, podejmuję świadomą decyzję o poddaniu się zabiegowi.

4. Objaśniono mi przypadki, w których komplikacje doprowadziły do utraty implantu.

Zostałem/am poinformowany/a, że lekarz ani placówka medyczna nie mogą zagwarantować oczekiwanego wyniku leczenia, który jest uzależniony od wielu czynników, takich jak indywidualne cechy Pacjenta, jego stan zdrowia, przebyte choroby oraz postępowanie Pacjenta po zabiegu. Wyjaśniono mi, że zaproponowane leczenie jest stosowane z powodzeniem od wielu lat, jednak metoda ta nie gwarantuje trwałości implantów przez nieokreślony czas. Obecne metody diagnostyczne nie pozwalają na ocenę potencjalnych zdolności regeneracyjnych tkanki kostnej i dziąsłowej. W niewielkiej liczbie przypadków, z różnych powodów, może dojść do stopniowej utraty kości lub wszczepu.

5. Oświadczam, że w sposób przystępny i dla mnie zrozumiały zostałem(-am) pouczony(-a) o:

- a) moim stanie zdrowia i rozpoznaniu;
- b) proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych;
- c) dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania;
- d) możliwych wynikach leczenia oraz rokowaniu;
- e) wszelkich okolicznościach związanych z planowanymi świadczeniami medycznymi;
- f) skutkach i ryzyku związanym z odmową zgody na dane świadczenia.

6. W przypadku, gdy nie zrozumieć informacji przekazywanych mi przez lekarza lub personel medyczny, zobowiązuję się poinformować ustnie lekarza prowadzącego o tym fakcie.

7. Zostałem/am poinformowany/a o konieczności wykonania dodatkowych badań po zabiegu oraz otrzymałem/am zalecenia dotyczące postępowania po zabiegu.

8. Mając świadomość, że mój ogólny stan zdrowia wpływa na wyniki leczenia, zapewniam, że poinformowałem/am lekarza o wszystkich znanych mi schorzeniach, dolegliwościach oraz aktualnie przyjmowanych lekach.

9. Wiem, że ostateczny wynik leczenia i jego trwałość w dużym stopniu uzależnione są od postępowania Pacjenta w okresie pooperacyjnym i później, a w szczególności od:

- a) niepalenia papierosów (ich palenie w bardzo negatywnym stopniu wpływa na procesy gojenia, jest przeciwwskazaniem względnym przy leczeniu);
- b) zgłaszania się do okresowych kontroli, tzn. w pierwszym miesiącu po skończonym leczeniu, a następnie raz na pół roku – jest to niezbędnym wymogiem w procesie leczenia;
- c) rygorystycznego przestrzegania zaleceń dotyczących utrzymania właściwej higieny jamy ustnej.

10. Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu może zaistnieć potrzeba zmiany koncepcji zabiegu (poszerzenia lub zmniejszenia zakresu) i wyrażam zgodę na konieczną zmianę koncepcji zabiegu oraz w przypadku poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów.

11. Zostałem uprzedzony, że okres integracji implantów z kością wynosi W szczęce 4 m-sce, w żuchwie 3 m-sce, po zabiegu podniesienia dna zatoki 6-7 m-scy.....

12. Wyrażam zgodę na wykonanie wyżej wymienionych świadczeń medycznych przez lekarza prowadzącego.

13. Oświadczam, że otrzymałem dostęp do informacji o prawach Pacjenta.

14. W przypadku braku oseointegracji implantu.....
.....
.....

15. Pacjent pokrywa koszty dojazdu związane z realizacją zaproponowanego i zaakceptowanego leczenia, a także wizyt kontrolnych oraz wizyt wynikających z potrzeb medycznych. Do kosztów tych zaliczają się m.in. wydatki na podróż własnym środkiem transportu, samolotem, pociągiem itp., koszty zakwaterowania w hotelu, pensjonacie itp., a także wszelkie wydatki związane z pobytem Pacjenta i osób towarzyszących przez czas niezbędny do prawidłowego przebiegu leczenia. Koszty te nie są wliczone w opłatę za leczenie i w żadnym wypadku nie obciążają lekarza ani placówki medycznej.

16. Pacjent(ka) został(a) poinformowany(-a) o kosztach zabiegu opisanego w niniejszej zgodzie, które wynoszą, które zostaną zapłacone w całości: gotówką/przelewem/kartą kredytową w dniu zabiegu.

W przypadku braku wpłaty zabieg nie będzie wykonany.

Oświadczam, że lekarz przeprowadził dziś ze mną rozmowę wyjaśniającą, podczas której uzyskałem/am odpowiedzi na wszystkie interesujące mnie kwestie. Nie mam żadnych dodatkowych pytań i nie potrzebuję więcej czasu na zastanowienie. Potwierdzam, że powyższe oświadczenia są dla mnie w pełni zrozumiałe i składam je zgodnie z rzeczywistością. Nie zgłaszam zastrzeżeń ani uwag.

Świadomy/a korzyści oraz możliwych komplikacji, wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu w wyżej wymienionym zakresie.

czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego /

przedstawiciela ustawowego pacjenta

.....

miejsowość, data

.....

podpis lekarza dentysty

.....

czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat

Aby wspomóc prawidłowe gojenie się po zabiegu, należy przestrzegać poniższych zaleceń:

- ✓ w dniu operacji oraz przez kolejne 2 dni unikać palenia i spożywania alkoholu;
- ✓ unikać jakiegokolwiek wysiłku fizycznego;
- ✓ rozpocząć jedzenie i picie dopiero po ustąpieniu działania miejscowego znieczulenia;
- ✓ spożywać jedynie płynne i miękkie pokarmy;
- ✓ unikać gryzienia w okolicy zabiegowej;
- ✓ utrzymywać higienę jamy ustnej, dbając o pozostałe zęby;
- ✓ ranę przepłukiwać delikatnie, unikając bezpośredniego kontaktu;
- ✓ w okresie rekonwalescencji nie używać elektrycznej szczoteczki do zębów w pobliżu rany;
- ✓ po posiłkach krótko przepłukać jamę ustną zimną wodą lub płynem zaleconym przez lekarza;
- ✓ nie dotykać obszaru zabiegowego palcami ani językiem;
- ✓ w przypadku krwawienia natychmiast skontaktować się z dentystą
- ✓ w okolicach miejsca operacji, policzka i podbródka może pojawić się obrzęk, który zniknie po kilku dniach; ulgę przyniosą zimne okłady zgodnie z zaleceniami lekarza.

Po zabiegu implanty są zazwyczaj tymczasowo zabezpieczone. Ostateczne zabezpieczenie następuje po 10–28 tygodniach od operacji. W przypadku implantów dwufazowych, które zostały zaszyte (gdy implant nie wystaje z błony śluzowej), zabezpieczenie śrubami gojącymi odbywa się zwykle w okresie 3 miesiące w żuchwie, 4 miesiące w szczęcie. Dopiero po tym czasie przeprowadza się ostateczną rekonstrukcję protetyczną.

Ważne jest, aby implanty były równomiernie obciążone. Jeśli zauważysz, że tymczasowe zabezpieczenia implantów (korona, most tymczasowy) się ruszają (np. w wyniku przedwczesnego kontaktu zębów), należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza.

Oświadczam, że powyższe informacje są dla mnie zrozumiałe i nie mam pytań w tym zakresie.

Zapoznałem(-am) się:

.....

czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego /

przedstawiciela ustawowego, data

.....

czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat, data

Informacja dotycząca rozmowy wyjaśniającej problematykę związaną z implantacją

Droga Pacjentko, drogi Pacjencie, przeprowadzone badania wskazują, że dzięki wszczepieniu jednego lub więcej implantów, czyli sztucznych korzeni zębów, możliwe jest odtworzenie lub poprawa zdolności do żucia. Implantacja może również przynieść korzyści estetyczne. Po zakończeniu procesu osteointegracji (czyli połączenia implantu z kością) będą one służyć jako podstawa do zamocowania koron, mostów lub protez. Implanty wykonane z tytanu mogą funkcjonować przez 10 lat lub dłużej, jednak nie można zagwarantować ich trwałości na ten okres. Najlepszy typ implantu dla Pani/Pana zostanie wybrany na podstawie przeprowadzonych pomiarów i badań szczęk.

Podczas zabiegu, zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym), wykonuje się nacięcie w dziąśle w miejscu, gdzie ma być umieszczony implant, aby odsłonić kość. Następnie, za pomocą specjalnych wiertel, przygotowuje się miejsce do osadzenia implantu. W niektórych przypadkach implant może być umieszczony bezpośrednio w miejscu po utraconym zębie. Na koniec zabiegu dziąsło zostaje zaszyte. Zdarza się, że w trakcie operacji okazuje się, że implantacja jest niemożliwa, wówczas zabieg zostaje przerwany, a rana zamknięta szwami.

W trakcie procesu gojenia się implantu nie wolno go obciążać ani żuć w tym obszarze, aby nie zakłócić procesu integracji. Po zakończeniu gojenia może być konieczna plastyka dziąsła nad implantem w celu przygotowania do dalszych prac protetycznych. W korzystnych warunkach anatomicznych i zgryzowych, przy zachowaniu odpowiednich procedur, możliwe jest natychmiastowe wszczepienie i obciążenie implantów.

Należy pamiętać, że żaden lekarz nie może zagwarantować powodzenia leczenia ani całkowicie wykluczyć ryzyka. Ryzyko ogólnych komplikacji chirurgicznych, takich jak infekcje, jest rzadkie, a dzięki postępowi medycyny można im skutecznie zapobiegać. Po zabiegu mogą wystąpić tymczasowe obrzęki w okolicy policzka lub warg, a bóle pooperacyjne są rzadkie.

Czasami konieczne jest otwarcie zatoki szczękowej, która znajduje się blisko miejsca implantacji. Najczęściej implanty przyjmują się bez powikłań, jednak w bardzo rzadkich przypadkach może dojść do zapalenia zatok lub jamy nosowej, co wymaga leczenia.

W okolicy zębów trzonowych żuchwy istnieje rzadkie ryzyko uszkodzenia nerwu zębodołowego dolnego. W bardzo rzadkich przypadkach może to prowadzić do trwałych zaburzeń czucia w okolicy dolnej wargi (np. drętwienie), choć nie wpływa to na ruchomość warg.

Zdarza się, że implanty nie zostają przyjęte. W takich przypadkach wykazują nadmierną ruchomość w okresie gojenia i muszą zostać usunięte lub procedura implantacji jest powtarzana.

Zapoznałem(-am) się z informacją:

.....

czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego /

przedstawiciela ustawowego, data

.....

czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat, data