



# ESTEDENTICA

## ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE - USUNIĘCIE ZĘBA

Imię i nazwisko pacjenta .....

nr PESEL .....

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.)

wyrażam zgodę na chirurgiczne usunięcie zęba/zębów wyszczególnionych na poniższym diagramie przez chirurga stomatologa.

### Schemat uzębienia

Str. prawa	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	Str. lewa
	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	

### Co to jest Ekstrakcja?

Ekstrakcja zęba jest procesem nieodwracalnym i polega na całkowitym usunięciu zęba z jamy ustnej. Wykonywana jest rutynowo ale może mieć różne stopnie trudności. Niektóre ekstrakcje wymagają rozcięcia dziąsła, usunięcia otaczającej kości i/lub pocięcia zęba na kawałki przed usunięciem. Decyzja o usunięciu zęba podjęta została na podstawie badania klinicznego, zdjęć rtg lub CBCT oraz doświadczenia i wiedzy chirurga. Moje życzenia i oczekiwania również wzięto pod uwagę.

Uzupełnia lekarz	<p><b>Wskazaniem do ekstrakcja jest/są :</b></p> <p><input type="checkbox"/> ból   <input type="checkbox"/> infekcja   <input type="checkbox"/> choroba przyzębia   <input type="checkbox"/> próchnica</p> <p><input type="checkbox"/> złamanie zęba   <input type="checkbox"/> wskazania ortodontyczne</p> <p><input type="checkbox"/> brak możliwości odbudowy zęba   <input type="checkbox"/> inne .....</p> <p>Zamierzonym celem ekstrakcji jest ustąpienie moich obecnych objawów i/lub umożliwienie mi przystąpienie do dalszego zaproponowanego przez dentystę leczenia.</p>
------------------	---

<p><b>Alternatywy dla proponowanego leczenia:</b></p> <p>W zależności od mojej diagnozy istnieją lub nie alternatywne sposoby leczenia.</p> <p><input type="checkbox"/> ząb może być zachowany / odbudowany przez:</p> <p><input type="checkbox"/> leczenie kanałowe   <input type="checkbox"/> wypełnienie   <input type="checkbox"/> koronę   <input type="checkbox"/> leczenie zapalenia przyzębia</p> <p><input type="checkbox"/> inne leczenie .....</p> <p><input type="checkbox"/> ząb nie może być zachowany.</p> <p><b>Usunięcie jest jedyną racjonalną opcją leczenia.</b></p>
--

## Ryzyko powikłań

Personel poradni posiada kwalifikacje oraz sprzęt, umożliwiające optymalne przeprowadzenie zabiegu. Mimo to, jak każdy zabieg chirurgiczny, ekstrakcja może powodować powikłania.

Powikłania obejmują, ale nie są ograniczone do :

1. **Przedłużone krwawienie** - obecność przez kilka godzin po zabiegu śliny zabarwionej krwią jest zjawiskiem normalnym i nie wymaga pilnych działań ale intensywny wyciek krwi z miejsca po usuniętym zębie wymaga interwencji lekarza.
2. **Obrzęk policzka** po stronie zabiegu jest rzeczą normalną gdy utrzymuje się 3 - 5 dni - podawanie antybiotyku powinno go ograniczyć.
3. **Krwiak** dający zasinienie policzka utrzymujący się kilka dni.
4. **Rozciągnięcie kącików ust** powodujące ich pęknięcie i siniaki.
5. **Suchy zębodół** - w miejscu usunięcia zęba po 3 - 4 dniach pojawia się ból. Uśmierza się go lekami przeciwzapalnymi zakładanymi do zębodołu oraz przepłukiwaniem zębodołu w gabinecie. Stan taki może utrzymywać się 7 - 14 dni po usunięciu zęba.
6. **Uszkodzenie zębów sąsiednich** zwłaszcza tych z dużymi wypełnieniami lub koronami. Uszkodzone wypełnienie lub korona wymagają wymiany.
7. **Infekcja** – jest możliwa mimo zachowania najwyższych standardów sterylności. Jama ustna nie jest sterylna a znajdujące się w niej bakterie mogą pooperacyjnie wywołać zapalenie. Może objawiać się ono masywnym obrzękiem, gorączką i dreszczami. W razie pojawienia się tych objawów należy skontaktować się z gabinetem lub pogotowiem ratunkowym w razie dużego nasilenie objawów. W niektórych przypadkach infekcja może wymagać dożylnego podania antybiotyków i hospitalizacji.
8. **Porażenie czuciowe nerwu językowego** – nerw przebiega bardzo blisko językowej powierzchni zęba mądrości. Wyjątkowo zdarza się jego uszkodzenie mogące powodować zaburzenia czucia smaku na języku po stronie operowanej. Może ono być czasowe i ustępować po 6 do 12 miesięcy albo pozostać na stałe.
9. **Porażenie czuciowe nerwu zębodołowego dolnego** (dające objaw odrętwienia wargi) - pojawia się w przypadku usuwania dolnych zębów, a zwłaszcza głęboko zatrzymanych zębów mądrości. Cucie zazwyczaj powraca po kilku tygodniach ale w rzadkich przypadkach nigdy nie powraca.
10. **Szczękocisk** – utrudnione otwieranie ust. Związane jest to z obrzękiem i zapaleniem w okolicach kątach żuchwy. Zazwyczaj objawia się po dłutowaniu dolnych ósemek.
11. **Trzaski i przeskakiwania w obrębie stawów skroniowo-żuchwowych oraz ból mięśni żujących** - objawy zwyrodnienia w obrębie stawów skroniowo-żuchwowych,

- które nasilają się po długotrwałym otwieraniu ust w czasie zabiegu chirurgicznego.
12. **Ostre krawędzie kostne**, które przebijają się przez dziąsło w okolicy usuniętego zęba kilka dni lub tygodni po ekstrakcji.
  13. **Niecałkowite usunięcie fragmentów korzenia zęba** – czasem aby uniknąć uszkodzenia ważnych struktur takich jak nerwy lub zatoki w miejscu ekstrakcji może pozostać mały, około 1-milimetrowy fragment wierzchołka korzenia zęba.
  14. **Wtłoczenie fragmentu korzenia** górnego, bocznego zęba do światła zatoki szczękowej. Bardzo często wierzchołki korzeni górnych bocznych zębów wpuklają się w dno zatoki szczękowej. Czasem blaszka kostna dna zatoki jest zniszczona przez proces zapalny szerzący się od zęba i nie stanowi bariery dla korzenia przed wniknięciem do światła zatoki.
  15. **Połączenie ustno-zatokowe** - w przypadku usuwania zębów górnych bocznych, których korzenie „wchodzą” do zatoki szczękowej może nastąpić jej otwarcie w wyniku usunięcia takiego zęba. Objawia się swobodnym przepływem powietrza pomiędzy nosem a jamą ustną. Wymaga wykonania zabiegu zamknięcia przetoki ustno-zatokowej, które polega na szczelnym zamknięciu rany.
  16. **Reakcje alergiczne na podane leki**. Łagodne a nawet silne niepożądane reakcje mogą wystąpić na środki znieczulające lub inne leki podane i przepisane dla pacjenta. Jest bardzo ważne aby przyjmować przepisane leki zgodnie z zaleceniami i przeczytać ulotkę informacyjną przed ich zastosowaniem. Kobiety przyjmujące doustne środki antykoncepcyjne muszą być świadome, że antybiotyki znacznie ograniczają ich działanie.
  17. **Ryzyko związane z przyjmowaniem Bisfosfonianów**. U pacjentów, którzy przyjmują leki takie jak Fosarnax, Actonel, Boniva lub inne leki przepisane aby zmniejszyć resorpcje kości w osteoporozie lub przerzutach raka, istnieje większe ryzyko martwicy kości lub złego gojenia kości po zabiegach chirurgicznych na kościach włączając w to ekstrakcję.
  18. **Aspiracja do dróg oddechowych** zęba lub jego fragmentów.
  19. **Zranienie policzka, języka, wargi, dna jamy ustnej.**
  20. **Złamanie kości szczęki/żuchwy.**

#### **Ryzyko powikłań po wykonaniu znieczulenia:**

1. Pęknięcie naczynia krwionośnego.
1. Bolesność w miejscu wkłucia.
2. Uszkodzenie nerwu zębodołowego dolnego i językowego związane z okresowym upośledzeniem czucia w unerwionej okolicy.
3. Wstrząs anafilaktyczny (w przypadku uczulenia na substancję znieczulającą).

#### **Konieczność wizyt kontrolnych oraz stosowania się do zaleceń:**

1. Rozumiem, że należy zgłaszać się na wyznaczone przez chirurga stomatologa wizyty kontrolne.
2. Rozumiem, że należy postępować zgodnie z zaleceniami oraz instrukcjami wydanymi przez chirurga stomatologa i jego pracowników.
3. Rozumiem, że niestosowanie się do tych zaleceń może doprowadzić do negatywnych konsekwencji, za które wezmę jako jedyny/a odpowiedzialność.

#### **Brak gwarancji lub gwarancja:**

Jestem świadoma/y, że nie ma gwarancji, iż proponowane leczenie będzie w 100% skuteczne.

Ze względu na różnice wynikające z indywidualności każdego pacjenta, chirurg stomatolog nie może mieć 100% pewności co do skuteczności leczenia. Istnieje ryzyko niepowodzenia, nawrotu, dodatkowego leczenia lub pogorszenia mojego obecnego stanu, pomimo najlepszej opieki.

**Wykorzystanie dokumentacji:**

Zezwalam na użycie zdjęć fotograficznych, TK, zdjęć rentgenowskich oraz filmów wykonanych w trakcie lub po skończonym leczeniu do celów naukowych lub ubezpieczeniowych. Moja tożsamość nie zostanie ujawniona opinii publicznej bez mojego pozwolenia.

\*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 tej metodzie leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia.

\*Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg usunięcia zęba jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Leczenie to nie zabezpiecza przed próchnicą oraz chorobami przyzębia. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

\*Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia - zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego dokumentu. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

.....  
Data, Podpis i pieczęć lekarza

.....  
Data , czas , Czytelny podpis pacjenta  
(rodzica lub opiekuna)