

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA LECZENIE - ZABIEG EKSTRAKCJI (USUNIĘCIA) ZĘBA LUB ZĘBÓW

Imię i nazwisko pacjenta.....

Numer PESEL.....

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Chcąc mieć pewność, że pacjent zapoznał się ze szczegółami świadczenia zdrowotnego wykonywanego w naszej Poradni, uprzejmie prosimy, by **każda strona** niniejszej zgody została czytelnie podpisana. Prosimy także o staranne i przemyślane wypełnienie danych dotyczących stanu zdrowia, zażywanych leków oraz ewentualnych przeciwwskazań do wykonania zabiegu i/lub znieczulenia.

Opis planowanego zabiegu (wypełnia lekarz):

.....

.....

.....

.....

EKSTRAKCJA

Ekstrakcja jest zabiegiem chirurgicznym polegającym na bezpowrotnym usunięciu zęba lub zębów, przy użyciu instrumentarium chirurgicznego. Może wiązać się z koniecznością rozcięcia dziąsła i okostnej, zniesieniem kości (otaczającej ząb lub korzeń) i założeniem szwów po wykonanym zabiegu (ekstrakcja chirurgiczna).

Zwykle wykonywana jest kiedy metody leczenia zachowawczego okażą się nieskuteczne, lub zniszczenie tkanek zęba jest tak zaawansowane, iż 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 zaopatrywana jest jałowym tamponem z gazy, przy rozleglejszych zabiegach zębodoły zabezpiecza się szwami. Zębodół po ekstrakcji wypełnia się krwią zamieniająca się w skrzep, dzięki któremu następują procesy gojenia i dlatego **nie należy go usuwać**.

W normalnych okolicznościach dyskomfort powinien zmniejszyć się w ciągu trzech dni do dwóch tygodni.

Niekiedy zabieg ekstrakcji wykonywany jest osłonie antybiotykowej.

Wiele stanów chorobowych, jak i przyjmowanych leków, może wpłynąć na przebieg zabiegu. Z tego powodu przed wykonaniem ekstrakcji konieczne jest szczegółowe poinformowanie lekarza o stanie zdrowia.

Powikłania (niektóre możliwe powikłania):

Nadmierne lub przedłużające się krwawienie, brak pełnego znieczulenia - stan zapalny niweluje działanie środków znieczulających, obrzęk tkanek miękkich, zasinienie (krwiak) w okolicy zabiegu, 1 które może być także widoczne na zewnątrz, uszkodzenie zębów sąsiednich w trakcie zabiegu, reakcja uczuleniowa na środki znieczulające, tzw. „suchy zębodół”- utrudnione gojenie spowodowane utratą skrzepu zabezpieczającego okolice ekstrakcji (zębodół), połączenie ustno-zatokowe (jeśli korzenie górnych zębów wpuklają się do wnętrza zatoki szczękowej lub stan zapalny tkanek okołowierzchołkowych powoduje perforację dna zatoki, po usunięciu zęba dochodzi do połączenia światła zatoki z jamą ustną. Stan ten wymaga przeprowadzenie dodatkowych zabiegów chirurgicznych), uszkodzenie nerwu zębodołowego dolnego, które może powodować dolegliwości bólowe lub zaburzenie czucia w obrębie wargi dolnej, niekiedy bezpowrotnie.

Wypełnia pacjent:

Przeciwwskazania:

Prosimy o sprawdzenie czy występują u Pani/ Pana którekolwiek z poniższych przeciwwskazań. Jeżeli tak, prosimy o podkreślenie danego przeciwwskazania i dodatkowe ustne poinformowanie o nim lekarza!

Bezwzględne:

ostra białaczka; ząb tkwiący w guzie nowotworowym lub jego sąsiedztwie; ząb tkwiący w naczyniaku krwionośnym.

Względne:

choroby serca i naczyń krwionośnych (m. in. przebyty zawał mięśnia sercowego, zapalenie mięśnia sercowego i wsierdzia, wada zastawek, choroba wieńcowa, stany po operacjach kardiologicznych, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze); skazy krwotoczne; choroby wątroby, choroby nerek, choroby płuc; cukrzyca; padaczka; choroby psychiczne; opryszczka, wrzodziejące zapalenie jamy ustnej; szczękocisk; uczulenia na środki znieczulające; występujące wcześniej omdlenia, epizody utraty przytomności i objawów wstrząsu anafilaktycznego po środkach znieczulających; stan po przyjęciu jakichkolwiek środków pobudzających, alkoholu lub narkotyków; miesiączka.

Przyjmowane leki:

Prosimy o informację, czy aktualnie przyjmuje Pani/ Pan jakiegokolwiek leki. Jeżeli tak, prosimy o podkreślenie danego leku lub wpisanie innych przyjmowanych leków i dodatkowe ustne

poinformowanie o nich lekarza!

Leki nadciśnieniowe;

na chorobę niedokrwinną; przeciwcukrzycowe; na tarczycę; wpływające na krzepliwość krwi (heparyna, fraxiparyna, clexane, aspiryna, acard itp.); sterydowe;

inne.....

Szczególny stan zdrowia:

Prosimy o informację przez podkreślenie niżej wymienionych okoliczności (jeżeli występują) i dodatkowo ustne poinformowanie o nich lekarza!

Posiadam przeszczepiony narząd, wszczepioną zastawkę, protezy stawów; protezy naczyń; jestem w trakcie radioterapii lub od roku po jej zakończeniu; jestem w ciąży.

Ja, oświadczam, co następuje:

zgodnie z art. 31 – 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. 15 -19 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 wykonanie, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego w Poradni Stomatologicznej NZOZ Międzyszkolny Zakład Rehabilitacji i Korekcji Wad Postawy Ośrodek Badawczy Jacek Stasiak.

- ❖ Udzieliłem/łam wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia.
- ❖ O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.
- ❖ Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o konieczności usunięcia zęba/zębów, o istocie i celu zabiegu, o normalnych następstwach zabiegu, o możliwości wystąpienia powikłań i ewentualnej konieczności dodatkowego leczenia.
- ❖ Zostałem/łam pouczony/a o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.
- ❖ Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, ze szczególnym uwzględnieniem higieny jamy ustnej.
- ❖ Rozumiem konieczność i zobowiązuję się do odbywania wizyt kontrolnych w terminach wyznaczonych przez personel Poradni Stomatologicznej.
- ❖ Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.
- ❖ Miałem/łam możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem/łam dodatkowe wyjaśnienia.
- ❖ Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia, a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były

dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.

❖ Rozumiem, że podczas świadczenia medycznego komunikacja ze mną może być utrudniona oraz należy dążyć do skrócenia czasu interwencji medycznej (odkrycia pola zabiegowego), co w istotny sposób zmniejsza stres i możliwość infekcji oraz przyspiesza gojenie. 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.

❖ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej przed, podczas oraz po zabiegu.

❖ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed, podczas oraz po zabiegu.

❖ Zostały mi przedstawione koszty, które nie zawierają kosztów leków i w całości je akceptuję oraz zobowiązuję się pokryć.

❖ Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładztwowego i wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość potrzebnego leku.

❖ Zostałem/łam poinformowany/a o powikłaniach i ryzyku związanym z podaniem znieczulenia.

Przeciwwskazania do wykonania znieczulenia TAK / NIE*

Jeśli istnieją, to jakie?

❖ Zostałem/łam poinformowany/a i zobowiązuję się przestrzegać zaleceń pozabiegowych dostępnych na stronie internetowej www.nzozherbrand.pl.

❖ Zapoznałem/łam się z treścią polityki ochrony danych osobowych (w skrócie RODO), której pełna treść znajduje się na stronie internetowej www.nzozherbrand.pl.

Zapoznałem/łam się i zrozumiałem/łam informacje dotyczące leczenia oraz wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu.

.....

Podpis i pieczętka lekarza dentysty

.....

Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego pacjenta; data i miejscowość

.....

Czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat i nie jest pełnoletni; data i miejscowość

*właściwie zaznaczyć