

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ENDODONTYCZNE - KANAŁOWE 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 naszym gabinecie, 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):

.....

.....

.....

Leczenie endodontyczne

- ❖ Leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba ma na celu zachowanie i utrzymanie zęba, który w przeciwnym wypadku musiałby być usunięty.
- ❖ Leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba polega na usunięciu z jego wnętrza, czyli komory zęba i kanałów korzeniowych, zmienionej zapalnie lub martwej miazgi i trwałe wypełnienie tej przestrzeni materiałem leczniczym.
- ❖ Planowe leczenie kanałowe przeprowadza się również, jako przygotowanie do leczenia protetycznego.
- ❖ Jest ono podejmowane w celu usunięcia konkretnego problemu zdrowotnego i może nie eliminować innych nierozpoznanych przyczyn dolegliwości.
- ❖ Leczenie endodontyczne nie zabezpiecza także przed próchnicą, złamaniem zęba, ani chorobami dziąseł.
- ❖ Tylko szczelna i trwała odbudowa przeciwdziała wtórnej infekcji oraz zapewnia udział zęba w fizjologicznym procesie żucia.
- ❖ Ze względu na skomplikowaną budowę anatomiczną zębów i tkanek otaczających, leczenie endodontyczne nie zawsze jest możliwe lub może okazać się nieskuteczne już w trakcie podjętych procedur, lub po jego zakończeniu.
- ❖ U pacjentów po transplatacji konieczne jest zastosowanie osłony antybiotykowej (podczas zabiegu dochodzi do kontaktu bakterii z krwią). Pacjent musi poinformować lekarza o przebytych zabiegach transplatacji.

Możliwe powikłania:

1. W przypadku kanałów korzeniowych o skomplikowanej budowie, nietypowym przebiegu,

kanałów niedrożnych lub zębów leczonych w przeszłości, istnieje zwiększone ryzyko powikłań.

2. W czasie leczenia, a zwłaszcza po jego zakończeniu, może wystąpić ból zęba lub tkanek otaczających, podwyższona temperatura, złe samopoczucie, alergia na zastosowane leki, zaostrzenie współistniejących schorzeń, dyskomfort i stres spowodowany bólem, konieczność przyjmowania leków (mających wpływ na samopoczucie, możliwość kierowania pojazdem, a także powodujących powikłania dla kobiet w ciąży).
3. W niektórych przypadkach podczas leczenia może dojść do zaostrzenia objawów stanu zapalnego (samoistny ból zębów, obrzęk, wysięk surowiczy lub ropny, uczynnienie przetoki); może to wymagać zastosowania leku przeciwzapalnego, antybiotykoterapii i/lub interwencji chirurgicznej.
4. Podczas leczenia endodontycznego może zaistnieć konieczność celowego zniesienia części korony zęba, aby umożliwić prawidłowe wykonanie tego leczenia.
5. Podczas leczenia może dojść do złamania korony zęba.
6. Podczas leczenia może dojść do złamania instrumentu endodontycznego wewnątrz kanału korzeniowego (bez możliwości jego usunięcia) oraz przepchnięcia materiału uszczelniającego poza wierzchołek korzenia zęba, co może powodować dolegliwości bólowe i w konsekwencji ewentualną konieczność chirurgicznego odcięcia fragmentu zęba lub usunięcia zęba w całości.
7. W trakcie leczenia kanałowego zęba, z założoną koroną protetyczną, dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia tej korony lub zachodzi konieczność jej usunięcia; w takiej sytuacji korona zostaje nieodwracalnie zniszczona, i ani lekarz, ani placówka – NZOZ Międzyszkolny Zakład Rehabilitacji i Korekcji Wad Postawy Ośrodek Badawczy Jacek Stasiak - nie zwracają wówczas kosztów wykonania nowej korony, ani też nie wykonują jej bezpłatnie. W tym zakresie pacjentowi nie przysługują jakiegokolwiek roszczenia.
8. Pomimo przeprowadzonego leczenia endodontycznego może zaistnieć konieczność wykonania zabiegu chirurgicznego, np. odcięcia wierzchołka korzenia lub całego korzenia, lub w przypadku niepowodzenia tego leczenia konieczność usunięcia zęba.
9. Jeśli ząb jest mocno zniszczony, konieczna jest odbudowa protetyczna najczęściej za pomocą: wkładu koronowego (inlay), wkładu koronowo--korzeniowego, korony protetycznej, onlaya/ overlaya, czyli nakładu lub endokorony, co związane jest z dodatkowymi kosztami. W zależności od wyboru odbudowy protetycznej; wykonanie odbudowy może przeciwdziałać wtórnej infekcji oraz mechanicznym urazom leczonego zęba.
10. Obecność złamanego narzędzia uniemożliwia niekiedy prawidłowe opracowanie kanału, może powodować dolegliwości bólowe i ewentualną konieczność chirurgicznego odcięcia wierzchołka korzenia.
11. Warunkiem powodzenia leczenia kanałowego jest oprócz szczelnego wypełnienia kanału także szczelne wypełnienie ubytku, a jeśli nie jest to możliwe ze względu na duże zniszczenie zęba, wykonanie wkładu koronowo - korzeniowego i korony protetycznej co jest również związane z dodatkowymi kosztami.
12. Istnieje ryzyko niemożności opracowania kanału w całości na skutek jego zwapnienia lub wcześniejszego nieprawidłowego leczenia.

13. Istnieje niebezpieczeństwo perforacji (przedziurawienia) ściany kanału lub komory miazgi zęba, czego następstwem może być konieczność dodatkowego zabiegu zamknięcia perforacji, a w razie jego nieskuteczności – usunięcie zęba.
14. W przypadku leczenia zębów ze zmianami okołowierzchołkowymi istnieje ryzyko, że mimo prawidłowo przeprowadzonego leczenia, zmiany te nie ulegną wygojeniu. W takich przypadkach właściwe postępowanie polega na usunięciu wierzchołka korzenia wraz ze zmianami lub usunięciu całego korzenia bądź też połowy zęba (dotyczy zębów wielokorzeniowych).
15. Po leczeniu endodontycznym konieczna jest jak najszybsza, trwała rekonstrukcja zęba ze względu na wysokie ryzyko złamania osłabionej korony zęba. Przy niewielkim stopniu uszkodzenia korony zęba wystarcza odbudowa za pomocą wypełnienia.
16. Niekiedy trzeba przeprowadzić rewizję leczenia endodontycznego, czyli ponowne leczenie kanałowe (reendo). Przeprowadza się je w sytuacjach występowania dolegliwości bólowych ze strony zęba leczonego kanałowo; widocznego na zdjęciu rentgenowskim nieprawidłowego wypełnienia kanałów korzeniowych; gdy ząb jest przeznaczony do leczenia protetycznego; gdy występują widoczne na zdjęciu rentgenowskim zmiany w kości, które nie wygoiły się po leczeniu kanałowym. Leczenie powtórne jest zawsze trudniejsze i nie w każdym przypadku można je wykonać zachowawczą, mało inwazyjną metodą leczenia. Jest też obciążone większym ryzykiem powikłań czy niepowodzeń. W pewnych sytuacjach leczony ząb może wymagać zabiegu chirurgii endodontycznej lub usunięcia.
17. Ząb leczony kanałowo, to ząb martwy, czego objawami i skutkami są ciemniejsza barwa oraz brak reakcji na zmiany temperatury; martwe zęby – nie leczone lub po nieprawidłowym leczeniu kanałowym – są potencjalnym ogniskiem infekcji i zakażenia innych narządów.

Wypełnia pacjent:

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 Gabinetcie Stomatologicznym 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.
- ❖ Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, ze szczególnym uwzględnieniem higieny jamy ustnej.
- ❖ Zostałem/łam poinformowany/a o istocie zabiegu leczenia kanałowego, o normalnych następstwach zabiegu, o możliwości wystąpienia powikłań i ewentualnej konieczności dodatkowego leczenia.

- ❖ Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane oraz że leczenie endodontyczne jest wykonywane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.
- ❖ 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.
- ❖ Zostałem/łam poinformowany/a o tym, że w trakcie leczenia endodontycznego istnieje konieczność wykonania kilku zdjęć rentgenowskich oraz o tym, że po zakończeniu leczenia, pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne, w trakcie których będzie wykonane zdjęcie RTG, w terminach zaleconych przez lekarza.
- ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej przed, podczas oraz po zabiegu.
- ❖ Zostały mi przedstawione koszty, które nie zawierają kosztów leków i w całości je akceptuję oraz zobowiązuję się pokryć.
- ❖ 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 bądź też zmniejszenia zakresu).
- ❖ Rozumiem, że podczas udzielania świadczenia medycznego komunikacja lekarza ze mną może być utrudniona, dlatego w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia, wyrażam zgodę na kontynuowanie 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 znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładztwowego oraz wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia.
- ❖ Zostałem/łam poinformowany/a o powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia, o ryzyku, jak również o alternatywnych metodach leczenia.

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.nzozherbrabd.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

*właściwe zaznaczyć