



ZGODA NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL.....

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (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 pozn. zm.) wyrażam zgodę na leczenie endodontyczne zęba przez lek. dent w TEN-DENT STOMATOLOGIA.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuje się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuje do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej.

Zostałem(-am) poinformowany(a):

1. o tym, że 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.

2. o tym, że 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.

3. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań, a w szczególności o tym, że:

a) w przypadku kanałów korzeniowych o skomplikowanej budowie, nietypowym przebiegu, kanałów niedrożnych lub zębów leczonych w przeszłości, istnieje zwiększone ryzyko powikłań;

b) leczenie powtórne jest zawsze trudniejsze i nie w każdym przypadku można je wykonać jedynie zachowawczą, mało inwazyjną metodą leczenia. Jest też obciążone większym ryzykiem powikłań i niepowodzeń;

c) podczas leczenia endodontycznego może dojść do złamania korony zęba. Może się zdarzyć, że lekarz będzie zmuszony do celowego zniesienia części korony zęba, by umożliwić prawidłowe wykonanie tego leczenia. Możliwa jest także perforacja kanału korzeniowego lub komory miazgi zęba. Istnieje ryzyko złamania instrumentu endodontycznego wewnątrz kanału korzeniowego (bez możliwości jego usunięcia) oraz powikłania w postaci nadmiernego przepchnięcia materiału uszczelniającego do tkanek okołowierzchołkowych lub płynów płuczących, co może powodować dolegliwości bólowe i w konsekwencji ewentualną konieczność wykonania zabiegu z zakresu chirurgii stomatologicznej;

d) w trakcie leczenia kanałowego zęba z założoną koroną protetyczną dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia tej korony lub zachodzi konieczność jej świadomego usunięcia;

e) w czasie leczenia endodontycznego, a zwłaszcza po jego zakończeniu mogą wystąpić przemijające objawy bólowe wymagające niekiedy zastosowania leków przeciwbólowych;

f) w niektórych przypadkach w czasie leczenia endodontycznego może dojść do zaostrzenia objawów stanu zapalnego (ból samoistny zębów, obrzęk, wyciek surowicy lub ropny, uczynnienie przetoki). Może to wymagać zastosowania leku przeciwzapalnego lub antybiotykoterapii;

g) leczenie endodontyczne zębów ze zmianami w okolicy okołowierzchołkowej jest obciążone większym ryzykiem; czasami mimo przeprowadzonego leczenia zmiany te mogą nie goić się prawidłowo - to może zmniejszyć szanse na utrzymanie danego zęba w jamie ustnej;

h) mimo 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;

4. o tym, że 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 zachowawcza za pomocą wypełnienia. Jeśli ząb jest mocno zniszczony, konieczna jest odbudowa protetyczna najczęściej za pomocą wkładu koronowego (INLAY) lub wkładu koronowo-korzeniowego i korony

protetycznej. Tylko szczelna i trwała odbudowa przeciwdziała wtórnej infekcji oraz mechanicznym urazom leczonego zęba;

5. o tym, że w trakcie leczenia endodontycznego istnieje konieczność wykonania kilku zdjęć rentgenowskich;

6. o tym, że po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne celem monitoringu leczonego zęba oraz wykonania zdjęć RTG, w terminach zaleconych przez lekarza;

7. o tym, że różne choroby ogólne, na które choruje mogą mieć wpływ na prognozę leczenia endodontycznego, a także na ewentualne powikłania lub dłuższy proces gojenia tkanek okołowierzchołkowych.

8. o tym, że leczenie może również wymagać konieczności odbudowy czasowej tkanek;

9. o kosztach leczenia, które akceptuję.

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, leczenie endodontyczne jest podejmowane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Leczenie endodontyczne nie zabezpiecza także przed próchnicą, złamaniem zęba oraz chorobami przyzębia. W wyjątkowych sytuacjach leczony ząb może wymagać ponownego leczenia, zabiegu chirurgii endodontycznej lub usunięcia. Zobowiązuję się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz do wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Data, Podpis i pieczęć lekarza dentysty

Czytelny podpis pacjenta / opiekuna