

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL.....

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 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 o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na leczenie endodontyczne zęba..... przez lek.dent.....

Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia- zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję 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 z komory zęba i kanałów korzeniowych, zmienionej zapalnie lub martwej miazgi i trwałe wypełnienie tej przestrzeni materiałem leczniczym.
2. o tym, że 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.
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 częściowego zniesienia korony zęba aby umożliwić prawidłowe przeprowadzenie tego leczenia. Możliwa jest także perforacja kanału korzeniowego lub komory zęba. Istnieje ryzyko złamania instrumentu endodontycznego wewnątrz kanału bez (bez możliwości jego usunięcia) oraz przepchnięcia materiału uszczelniającego poza wierzchołek korzenia zęba, co może powodować dolegliwości bólowe i w konsekwencji ewentualną konieczność odcięcia fragmentu korzenia.

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, wysięk surowiczy lub ropny, uczynnienie przetoki). Może to wymagać zastosowania leku przeciwzapalnego lub antybiotykoterapii.

g) Leczenie endodontyczne zębów ze zmianami w okolicy przywierzchołkowej jest obarczone większym ryzykiem; czasami mimo przeprowadzonego leczenia zmiany te mogą nie goić się prawidłowo- może to 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 wystarcza odbudowa zachowawcza w formie wypełnienia. Jeśli ząb jest mocno zniszczony konieczna jest odbudowa protetyczna najczęściej za pomocą wkładu koronowego (inley) 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 zdjęć rentgenowskich.
6. o tym, że po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne wraz ze zdjęciem RTG , w terminach zaleconych przez lekarza
7. 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 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 również przed próchnicą, złamaniem zęba oraz chorobami przyzębia. W wyjątkowych sytuacjach leczony ząb może wymagać ponownego leczenia , zabiegu chirurgii endodontycznej lub usunięcia . Wiem , że mogę odwołać zgodę na leczenie .

Wycena:

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002, Nr 101, poz. 926, ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z udzieleniem mi świadczeń stomatologicznych

Zostałem(łam) poinformowany(a) o możliwościach i warunkach leczenia stomatologicznego. Wyrażam zgodę na badanie oraz leczenie stomatologiczne. Przyjmuję do wiadomości, że zaproponowane leczenie wykonywane jest zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i według najlepszej wiedzy lekarskiej.

Data i podpis