

Świerklany, dnia.....

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL:

.....

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 minimalizuje ryzyko 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 transplantacji konieczne jest zastosowanie osłony antybiotykowej (podczas zabiegu dochodzi do kontaktu bakterii z krwią). Pacjent, niezależnie od odpowiedzi na pytania ankiety medycznej, musi poinformować lekarza o przebytych zabiegach transplantacji, o przebytych zabiegach infekcyjnego zapalenia wsierdzia (IZW), o wrodzonych wadach serca, o posiadaniu sztucznej zastawki serca.

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), przepchnięcia płynów płuczących oraz przepchnięcia materiału uszczelniającego poza wierzchołek korzenia zęba, co może powodować przemijający obrzęk okolicznych tkanek, dolegliwości bólowe oraz 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 dana placówka 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. 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.
10. Jeśli ząb jest mocno zniszczony, konieczna jest odbudowa protetyczna najczęściej za pomocą: 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 minimalizować ryzyko wtórnej infekcji oraz mechanicznym urazom leczonego zęba.
11. Obecność złamanego narzędzia uniemożliwia niekiedy prawidłowe opracowanie kanału, może powodować dolegliwości bólowe i ewentualną konieczność chirurgicznego odcięcia wierzchołka korzenia lub ekstrakcji zęba.
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 miążgi 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. 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.
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.
18. Znieczulenie

Po podaniu znieczulenia mogą wystąpić objawy niepożądane lub powikłania związane z indywidualną wrażliwością pacjenta.

Omdlenie

Odczyn toksyczny

Miejscowe:

uszkodzenie nerwu czuciowego

krwiak tkanek

miejscowe niedokrwienie tkanek

porażenie nerwów ruchowych

zainfekowanie organizmu podczas iniekcji znieczulenia

ból po zabiegu

uszkodzenie wargi

złamanie igły przy gwałtownym ruchu pacjenta

OŚWIADCZENIE

- Udzieliłem 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.
- W przypadku zgłoszenia się z bólem, kiedy nie ma możliwości jednoznacznie określić, który ząb jest przyczyną bólu, a metody diagnostyczne (RVG, badanie żywotności, opuk) nie dostarczają jednoznacznej odpowiedzi oświadczam, że zostałem poinformowany przez lekarza stomatologa, o trudnościach w identyfikacji konkretnej przyczyny bólu oraz o możliwości konieczności leczenia kanałowego więcej niż jednego zęba w celu zlikwidowania bólu.
- 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.
- 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.
- Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej przed, podczas oraz po zabiegu.
- Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed, podczas oraz po zabiegu, a także na przetwarzanie moich danych osobowych poprzez publikację na wszelkich nośnikach elektronicznych (Facebook, Instagram, strona internetowa, etc.) lub tradycyjnych (ulotki, zdjęcia poglądowe itp.) nieodpłatnie w celach marketingowych. Niniejsza zgoda będzie obejmować przetwarzanie danych osobowych w postaci: zdjęcia fotograficznego/radiologicznego mojej jamy ustnej, bez ujawnienia pełnego wizerunku twarzy oraz bez imienia i nazwiska. Jestem świadomy, że mogę odwołać swoją zgodę pisemnie i od daty wpłynięcia takiego oświadczenia moje dane nie będą już przetwarzane w celach wskazanych w niniejszym formularzu. Odwołanie zgody nie będzie skutkowało usunięciem wizerunku z nośników elektronicznych oraz w materiałach reklamowych już wykorzystanych lub upublicznionych przed wycofaniem zgody.
- Zostały mi przedstawione koszty, które nie zawierają kosztów ewentualnych leków dostępnych oraz odbudowy zęba po leczeniu kanałowym i w całości je akceptuję oraz zobowiązuję się je 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.
- Zostałem poinformowany o powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia, o ryzyku, jak również o alternatywnych metodach leczenia.
- Zostałem poinformowany i zobowiązuję się przestrzegać zaleceń pozabiegowych

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 trepanację komory zęba i leczenie endodontyczne .

Osoba udzielająca informacji i
przyjmująca oświadczenie o zgodzie

Czytelny podpis pacjenta (rodzica lub
opiekuna)

Podpis lekarza dentysty
lub higienistki stomatologicznej