



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F91

ZGODA NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE W ZNIECZULENIU OGÓLNYM

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.

Na podstawie przeprowadzonego badania zakwalifikowano mnie do badania/leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym.

2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu/badania.

Leczenie stomatologiczne obejmuje leczenie zachowawcze oraz leczenie chirurgiczne (usuwanie zęba/zębów).

a) leczenie zachowawcze

Najczęstszą przyczyną uszkodzenia zębów jest próchnica, czyli choroba bakteryjna, której leczenie polega na odbudowie tkanek zębów za pomocą odpowiednich materiałów

b) leczenie chirurgiczne (usuwanie zębów)

Usunięcie zęba/zębów traktowane jest jako ostateczność, w takich przypadkach jak np.: zaawansowane zniszczenie twardych tkanek, choroba tkanek okołowierzchołkowych. W pewnych sytuacjach konieczne jest wykonanie zdjęć RTG (Szpital gwarantuje bezpłatne wykonanie badania w placówce zewnętrznej).

3. Celu i oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia zabiegu/badania, rokowaniach.

Zabieg ma na celu zapewnienie korzyści pod względem zdrowotnym i estetycznym oraz zapobieganie wielu bolesnym schorzeniom zębów i dziąseł.

4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/badania.

Przed badaniem/zabiegiem w znieczuleniu ogólnym:

- nie wolno jeść i pić 6 godzin przed zabiegiem
- na zabieg należy zgłosić się z osobą towarzyszącą

Po badaniu/zabiegu w znieczuleniu ogólnym - leczenie chirurgiczne (usuwanie zęba/zębów)

- pacjent przez 2 godziny pozostaje w sali wybudzeń
- 2 godziny po zabiegu nie wolno jeść i pić, a do końca dnia nie przyjmować gorących pokarmów
- w dniu zabiegu nie płukać jamy ustnej
- nie podejmować większego wysiłku fizycznego
- konieczne jest przyjmowanie antybiotyku, jeśli został zlecony

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

- nie wolno przebywać na słońcu w dniu zabiegu
- w razie przedłużającego się krwawienia należy zgłosić się do lekarza
- w przypadku wystąpienia obrzęku po zabiegu należy zastosować zimny okład na policzek
- do domu pacjent udaje się pod opieką osoby towarzyszącej

Po badaniu/zabiegu w znieczuleniu ogólnym - leczenie zachowawcze

- pacjent przez 2 godziny pozostaje w sali wybudzeń
- do domu pacjent udaje się pod opieką osoby towarzyszącej
- przez 2 godziny po zabiegu nie wolno jeść i pić
- w dniu zabiegu nie podejmować większego wysiłku fizycznego.

5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem.

Leczenie endodontyczne

- leczenie endodontyczne nie zawsze jest możliwe ze względu na skomplikowaną budowę anatomiczną zębów i tkanek otaczających lub może okazać się nieskuteczne już w trakcie podjętych działań – w przypadku kanałów korzeniowych o skomplikowanej budowie, nietypowym przebiegu, kanałów niedrożnych lub zębów leczonych w przeszłości istnieje ryzyko powikłań
- może dojść do złamania korony zęba. Może się zdarzyć, że lekarz będzie zmuszony do celowego zniesienia części korony zęba -możliwa jest perforacja kanału korzeniowego lub komory miazgi zęba. Istnieje ryzyko złamania narzędzia endodontycznego wewnątrz kanału korzeniowego co może spowodować dolegliwości bólowe i w konsekwencji ewentualną konieczność chirurgicznego odcięcia fragmentu zęba
- mogą wystąpić przemijające objawy bólowe wymagające zastosowania leków przeciwbólowych
- niekiedy może dojść do zaostrzenia objawów stanu zapalnego (ból samoistny zębów, obrzęk wysięk surowiczy lub ropny, uczynnienie przetoki). Może to wymagać zastosowanie leku przeciwzapalnego lub antybiotykoterapii.
- nieskuteczne leczenie endodontyczne również może skutkować usunięciem zęba

Leczenie chirurgiczne

- złamanie korony sąsiedniego zęba, uszkodzenie uzupełnienia protetycznego, uszkodzenie wypełnienia zęba, uszkodzenie implantu, uszkodzenie zęba przeciwstawnego
- przypadkowe zwichnięcie, nadwichnięcie lub usunięcie zęba sąsiedniego, uszkodzenie zawiązka zęba stałego
- zranienie okolicznych tkanek miękkich
- złamanie wyrostka zębodołowego, złamanie blaszki kostnej wyrostka zębodołowego, odłamanie guza szczęki, złamanie żuchwy
- złamanie narzędzia chirurgicznego w obrębie tkanek
- przemieszczenie stawu skroniowo – żuchwowego
- podskórna lub pod śluzówkowa odma powietrzna

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia.

Nieleczona próchnica i zapalenia przyzębia mogą spustoszyć organizm człowieka. Bóle głowy, zatok, zapalenie gardła, ropnie zębowe, ropnie oczodołu lub gałki ocznej, powracająca angina. Bakterie wytwarzające toksyny mogą uszkodzić trzustkę. Chore zęby są zagrożeniem dla prawidłowego funkcjonowania serca. Próchnica przyczynia się do rozwoju i rozrostu nowotworów, podwyższa ryzyko zachorowania na sepsę. Toksyny pochodzące z chorych zębów mogą powodować bóle i stany zapalne stawów, wywołują choroby autoimmunoagresywne, ma negatywny wpływ na pracę układu pokarmowego. Nieleczona jama ustna jest źródłem problemów zdrowotnych w całym organizmie.

7. Alternatywnych metodach leczenia.

Leczenie zachowawcze oraz wybór leczenia chirurgicznego są jedynymi skutecznymi metodami.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.

Przeciwwskazania wynikają ze złego stanu ogólnego pacjenta, nieprawidłowych wyników laboratoryjnych (ocena przed zabiegiem przez lekarza anestezjologa).

9. Uwagi:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam/łam istotnych informacji odnośnie:

mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:

w trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/ zabiegu,

ponadto oświadczam, iż przyjąłam/ąłem do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na przeprowadzenie zabiegu

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia NIE WYRAŻAM ZGODY / COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ* na przeprowadzenie zabiegu

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

* zaznacz właściwe

** pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

--

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>