

## ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE – EKSTRAKCJĘ

.....  
imię i nazwisko pacjenta, PESEL

Niniejszym wyrażam zgodę na leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) pisemnie wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego pisemnie. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej przed, w trakcie oraz po zabiegu.

Leczenie będzie polegać na .....

Ekstrakcja jest zabiegiem chirurgicznym polegającym na bezpowrotnym usunięciu zęba lub zębów, przy użyciu instrumentarium chirurgicznego. Może wiązać się z koniecznością rozcięcia dziąsła i okostnej, zniesieniem kości (otaczającej ząb lub korzeń) i założeniem szwów po wykonanym zabiegu. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym. Znieczulenie znosi odczuwanie bólu, jednak czucie dotyku, ucisku czy rozpierania jest zachowane. Rana poekstrakcyjna zaopatrywana jest jałowym tamponem z gazy, przy rozleglejszych zabiegach zębodoły zabezpiecza się szwami. Zębodół po ekstrakcji wypełnia się krwią zamieniającą się w skrzep, dzięki któremu następują procesy gojenia. Niekiedy zabieg ekstrakcji wykonywany jest w osłonie antybiotykowej. Wiele stanów chorobowych jak i przyjmowanych leków może wpłynąć na przebieg zabiegu. Z tego powodu przed wykonaniem ekstrakcji konieczne jest szczegółowe poinformowanie lekarza o stanie zdrowia Pacjenta wypełniając ankietę zdrowia.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony (-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym - Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładzowego i wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość potrzebnego leku. Zostałem poinformowany (-a) o powikłaniach i ryzyku związanym z podaniem znieczulenia
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań ( w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, zasinienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany, nadmierne lub przedłużające się krwawienie, uszkodzenie zębów sąsiednich w trakcie zabiegu, reakcji uczuleniowej na środki znieczulające., tzw. suchy zębodół - utrudnione gojenie spowodowane utratą skrzepu zabezpieczającego okolicę ekstrakcji (zębodół), perforację dna zatoki, po usunięciu zęba może dojść do połączenia światła zatoki z jamą ustną ( stan ten wymaga przeprowadzenia dodatkowych zabiegów chirurgicznych ), uszkodzenie nerwu zębodołowego dolnego, które może powodować dolegliwości bólowe lub zaburzenie czucia w obrębie wargi dolnej, niekiedy bezpowrotne.
3. o tym, że w szczególnych wypadkach może dojść do powikłań w postaci np. złamania żuchwy, uszkodzenia zębów sąsiednich, połączenia ustno-zatokowego.
4. o tym, że w przypadku niedostatecznego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji do konieczności dodatkowego leczenia i zabiegów operacyjnych
5. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany.

6. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
- (a) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego w ciągu 7 dni po zabiegu
  - (b) zakazie picia alkoholu, palenia tytoniu, płukania jamy ustnej przy pomocy policzków przez co najmniej 3 dni po zabiegu
  - (c) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku (w przypadku występowania wskazań do antybiotykoterapii)
  - (d) konieczności usunięciu szwów chirurgicznych
  - (e) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
  - (f) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej

Zostały mi przedstawione koszty ....., które nie zawierają kosztów leków i akceptuję je w całości.

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, zabieg chirurgiczny jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

Miałem/am możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem dodatkowe wyjaśnienia.

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 lub zmniejszenia zakresu). Rozumiem, że podczas świadczenia medycznego komunikacja z lekarzem może być utrudniona dlatego, w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia, wyrażam żądanie kontynuowania leczenia przy uwzględnieniu nowych okoliczności, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu i zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.

Zobowiązuję się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz do wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza.

W związku z powyższym po zapoznaniu się i zrozumieniu treści powyższej zgody oraz uzyskaniu jasnych i zrozumiałych dla mnie informacji dodatkowych zgodnie z art. 31-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz.1943 z późniejszymi zmianami) oraz art. 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, Nr 76, poz. 641 z późniejszymi zmianami) wyrażam zgodę na usunięcie wyżej wymienionego/ych zęba/zębów

Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie, w takim przypadku uczynię to pisemnie.

.....

*Podpis i pieczętka lekarza dentystry*

.....

*Czytelny podpis pacjenta*