



KWALIFIKACJA PACJENTA DO ZABIEGU WSZCZEPIENIA IMPLANTÓW

Imię i Nazwisko Pacjenta:

Data urodzenia:

Względy medyczne

	TAK	NIE
1. Niepożądana reakcja na którąś z wymienionych substancji:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aspirynę, ibuprofen, paracetamol, kodeinę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Penicylinę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erytromycynę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tetracyklinę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sulfonamidy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Miejscowy środek przeciwzapalny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Metale (nikiel, złoto, srebro, inne:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kauczuk, latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Inne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Choroby układu krążenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Infekcyjne zapalenie wsierdzia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Choroby płuc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wyleczony guz lub nowotwór złośliwy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Guz lub inny nowotwór aktualnie w trakcie leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Zaburzenia krzepnięcia / skazy krwotoczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sztuczna zastawka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Leczona wada serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Rozrusznik serca / wszczepiony defibrylator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Przebyty zawał w przebiegu ostatnich 6 miesięcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Zakrzepy lub zatory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Osteoporoza / osteopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Reumatoidalne zapalenie stawów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sztuczne protezy (np. stawów)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Radioterapia / Chemioterapia w ciągu ostatnich 12 miesięcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. WZW (żółtaczka) typ B lub C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wirusowa infekcja jamy ustnej (np. opryszczka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Choroby tarczycy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Osłabienie układu odpornościowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Schorzenia nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Schorzenia wątroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Schorzenia neurologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Epilepsja (napady padaczkowe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Czy pacjent był leczony, bądź narażony na zakażenie jakąś poważną chorobą zakaźną w ciągu 2 lat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Czy pacjent ma planowane zabiegi chirurgiczne w przebiegu najbliższych 18 miesięcy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Inne schorzenia (Jeśli tak, to jakie:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy:

1. Miewasz stany zapalne jamy ustnej, krwawienie dziąseł
2. Czy rodzice mieli lub mają paradontozę
3. Palisz papierosy lub paliłeś/aś dawniej
4. **KOBIETA** – przyjmujesz środki antykoncepcyjne
5. **KOBIETA** – jesteś w ciąży

TAK

NIE

Przyjmowane leki	Powód przyjmowania

.....

Podpis Pacjenta

ZGODA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

PACJENT:.....

PESEL:.....

RODZAJ ZABIEGU: wprowadzenie wszczepów stomatologicznych.

W dniu po konsultacjach specjalistycznych w Przychodni Lekarskiej Duodent i uzyskaniu wszelkich informacji dotyczących metod leczenia protetycznego, wyrażam zgodę na zabieg w celu wykonania wszczepów pod uzupełnienia protetyczne.

Zostałem/am poinformowany/a o technice samego zabiegu i szczegółowo zaznajomiony/a o całym przebiegu proponowanego postępowania.

Zabieg chirurgiczny wykonany jest w znieczuleniu miejscowym.

Przygotowanie do zabiegu

Statystycznie częstość zakażeń pozabiegowych wynosi około 10-20%, ale np. bez podania osłony antybiotykowej sięga do 90%.

Wobec tego proszę stosować się do poniższych zaleceń:

- Proszę zacząć przyjmować na 36h przed zabiegiem antybiotyki:
 - Augmentin – 1 tabl co 12h przez 7dni (konieczna osłona np. Enterol 250mg)
 - Clindamycin – 1 tabl co 12h przez 5dni (konieczna osłona np. Enterol 250mg)
 - Sumamed – 1 tabl co 24h przez 3/6dni (konieczna osłona np. Enterol 250mg)
 - Przy planowanym zabiegu podniesienia zatoki szczękowej, konieczne jest przyjmowanie przez 2 tygodnie przed zabiegiem kropli do nosa z ksylometazoliną 0,1% - 1 dawka co 24h;
- Należy wykonać higienizację w ciągu miesiąca przed planowanym zabiegiem w celu zmniejszenia ilości bakterii w jamie ustnej.

Wskazania odnośnie postępowania po zabiegu:

- Do końca dnia nie nagrzewać strony po której był wykonywany zabieg (nie spożywać gorących napojów i posiłków, nie narażać tej strony na słońce, kłaść się na drugim boku)
- Przez 3 dni całkowity zakaz: palenia papierosów tradycyjnych i elektronicznych, spożywania alkoholu, płukania jamy ustnej przy pomocy policzków (w razie potrzeby przepłukania ust – nabrać wody/płynu do płukania i delikatnie przelewać przychyłając głowę raz na lewo, raz na prawo)
 - Utrzymywać higienę jamy ustnej (myć zęby)
 - W razie konieczności oczyszczenia okolicy zabiegu, użyć szczoteczki z zestawu pozabiegowego
 - Oszczędzać operowaną stronę podczas spożywania pokarmów przez 3 dni
 - Nie sprawdzać językiem miejsca zabiegu

- Ból przez 3 dni ma prawo się nasilać, można przyjmować leki przeciwbólowe takie jak Ibuprofen 400mg, Ketoprofen 50mg lub w razie uczulenia – lek, który zwykle pomaga w zwalczaniu bólu (poza aspiryną i innymi lekami zmniejszającymi krzepliwość krwi)
- Jeżeli po 3 dniach ból nadal się nasila, zalecana jest wizyta kontrolna
- Najsilniejszy obrzęk występuje 2-3 dnia po zabiegu, następnie stopniowo zmniejsza się
- Zimne okłady przez 2 dni na policzek
- Może wystąpić siniak i utrudnione rozwieranie szczęk – należy wtedy delikatnie nagryzać na coś miękkiego zębami trzonowymi (np. na korek od wina)
- Przez 3 dni może być lekkie krwawienie – może występować zaróżowiona ślina
- Leki:
 - Należy kontynuować przyjmowanie przepisanego antybiotyku do końca opakowania.
 - Aescin – 2 tabl co 8h przez 5dni (lek p/obrzękowy)
 - Nimesil – 1x co 8h lub 12h (lek p/bólowy)

W przypadku wysokiej stabilności pierwotnej, po zabiegu implant zostanie zabezpieczony śrubą gojącą (tzw. gojenie otwarte). Po minimum 2-3 miesiącach jeśli implanty zostały wszczepione w żuchwie, lub minimum 4-6 miesiącach w przypadku implantów wszczepionych w szczękę odbywa się badanie stabilności implantu.

W przypadku niskiej stabilności pierwotnej implant zostanie zabezpieczony śrubą zamykającą (gojenie zamknięte). Następnie po minimum 3 miesiącach, jeśli implant został wszczepiony w żuchwie, lub minimum 6 miesiącach jeśli implant został wszczepiony w szczękę odbywa się drugi zabieg chirurgiczny w znieczuleniu miejscowym prowadzący do odsłonięcia implantu i założenia śruby gojącej. Zdjęcie szwów po tym zabiegu odbywa się po dwóch tygodniach, jeśli zabieg odsłonięcia zostanie wykonany laserem CO₂ nie będą zakładane szwy.

Leczenie protetyczne rozpoczyna się po kolejnych 2-3 tygodniach.

Ostateczną decyzję o wszczepieniu implantów lekarz podejmuje dopiero podczas zabiegu chirurgicznego po odsłonięciu kości, ponieważ kość może okazać się niewłaściwa do wprowadzenia implantu, co nie zawsze może stwierdzić na podstawie badania RTG. W trakcie zabiegu może również ulec zmianie wcześniej opracowany plan leczenia – ilość zaplanowanych wszczepów może zostać zmieniona.

W trakcie zabiegu chirurgicznego lub zaraz po nim mogą wystąpić niewielkie komplikacje:

- Stany zapalne, obrzęmienia, krwotoki
- Z badań statystycznych wynika, że powodzenie zabiegów implantologicznych wynosi ok. 95%

Oświadczam, że będę przestrzegał/a wszelkich zaleceń pooperacyjnych, a o wszystkich powikłaniach natychmiast poinformuję lekarza.

Po zapoznaniu się z treścią powyższego dokumentu i będąc świadomy/a tego co podpisuję wyrażam zgodę na zabieg operacyjny.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta

ZGODA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

Imię i nazwisko oraz PESEL pacjenta:.....

zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. 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 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.), **wyrażam zgodę na leczenie chirurgiczne -**

wykonywany przez lekarza dentystę Przemysława Żmudę w Przychodni „DUODENT” mieszczącej się przy ul. Arkuszowej 63 w Warszawie.

Informacje co do mojego stanu zdrowia są prawdziwe i zgodne z wypełnionym przeze mnie Formularzem Oceny Pacjenta stanowiącym załącznik do niniejszego oświadczenia. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej niezbędnej do wykonania zabiegu.

Wiem, że każdy zabieg chirurgiczny niesie ze sobą ryzyko normalnych powikłań pozabiegowych. Mimo dochowania wszelkich procedur i staranności postępowania lekarza oraz wykonywania zaleceń przez pacjenta nie sposób mieć 100% pewności, że powikłania nie powstaną lub nie będą miały miejsca.

Do najczęstszych powikłań zaliczamy m.in.:

- ból, obrzęk, wystąpienie stanu podgorączkowego oraz krwawienie;
- zasinienia powłok skórnych twarzy;
- czasowe zaburzenia czucia, głównie dotyku, uczucie zdrętwienia wargi i/lub błony śluzowej dziąsła, mogące trwać do 3 lat;
- rozejście się brzegów rany (w przypadku założenia szwów chirurgicznych), co predysponuje do zainfekowania i utrudnionego gojenia się, zapalenia kości zębodołu, zapalenia tkanek miękkich;
- szczękoscisk.

Wiem, że nie jest możliwe ustalenie za pomocą współczesnej diagnostyki zdolności gojenia tkanki kostnej i dziąsła, a potencjał bioregeneracyjny zależy również od indywidualnych cech każdego organizmu.

Na każdym etapie mogę odwołać zgodę na leczenie, a kopie dotychczasowej sporządzonej dokumentacji są do mojej dyspozycji. W przypadku zmiany planu leczenia obie strony dołożą wszelkich starań mających na celu pomyślne zakończenie rozpoczętego leczenia.

Powyższe zasady przeczytałem/am i zrozumiałem/am.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta



REZERWACJA TERMINU ZABIEGU

W przypadku wszystkich zabiegów implantologicznych/ przygotowujących do zabiegu implantacji pobierana jest opłata rezerwacyjna w wysokości **1000zł**. Opłaty rezerwacyjnej można dokonać w Przychodni lub przez przelew bankowy.

Nr konta do płatności przelewem:

Volkswagen Bank Polska S.A.:**92 2130 0004 2001 0217 3680 0003**

Odbiorca:**Duodent**

Tytuł przelewu: „**imię i nazwisko Pacjenta**”

Po dokonaniu płatności prosimy o wysłanie potwierdzenia na adres

e-mail: arkuszowa@duodent.com.pl

W przypadku nieotrzymania potwierdzenia dokonania opłaty rezerwacyjnej wizyta zostaje anulowana, o czym Pacjent zostaje poinformowany SMS'em. W przypadku wizyt wyznaczonych w czasie krótszym niż **48h** wpłata zadatku wymagana jest jak najszybciej, nie później niż na **12h przed rozpoczęciem wizyty**.

W przypadku niestawienia się pacjenta na wizytę lub odwołania jej później niż 48h przed planowanym terminem, pacjent traci prawo do zwrotu zadatku. W przypadku stawienia się na wizytę, **koszt zabiegu zostanie pomniejszony o kwotę zadatku**.

.....
Podpis pacjenta