ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ENDODONTYCZNE (kanałowe)

Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL …….

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 leczenie endodontyczne zęba ..……...…. przez lek. dent ……..... w ……...

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 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 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) Gdy korona zęba jest bardzo zniszczona konieczna jest tymczasowa odbudowa korony przed rozpoczęciem leczenia kanałowego, co związane jest z dodatkowymi kosztami.
b) Istnieje niebezpieczeństwo perforacji (przedziurawienia) ściany komory/kanału lub dna komory czego następstwem może być konieczność usunięcia zęba.
c) Istnieje ryzyko złamania narzędzia kanałowego (bez możliwości jego usunięcia), co uniemożliwia niekiedy prawidłowe opracowanie kanału.
d) Istnieje ryzyko pęknięcia pionowego lub skośnego korzenia czego konsekwencją jest usunięcie zęba.
e) Istnieje ryzyko przepchnięcia pewnej ilości podchlorynu sodu lub materiału wypełniającego kanał poza jego wierzchołek co może być przyczyną dolegliwości bólowych, obrzęku siniaka. Może się okazać konieczna interwencja chirurgiczna i antybiotykoterapia.
f) W trakcie leczenia kanałowego korona zęba może ulec złamaniu, czego konsekwencją będzie leczenie protetyczne zęba (tj. wkład koronowo-korzeniowy i korona protetyczna) lub chirurgiczne (tj. usunięcie zęba, jeśli linia złamania przebiega w sposób uniemożliwiający leczenie protetyczne).
g) W przypadku leczenia zębów ze zmianami okołowierzchołkowymi istnieje ryzyko, że mimo prawidłowo przeprowadzonego leczenia zmiany te nie ulegną wygojeniu; postępowanie w takich przypadkach polega na usunięciu wierzchołka korzenia wraz ze zmianami, usunięciu całego korzenia lub połowy zęba (dotyczy zębów wielokorzeniowych).
h) Skuteczność pierwotnego leczenia kanałowego szacuje się na około 90% a leczenia powtórnego na około 70-80%.
i) w przypadku kanałów korzeniowych o skomplikowanej budowie, nietypowym przebiegu, kanałów niedrożnych lub zębów leczonych w przeszłości, istnieje zwiększone ryzyko powikłań;
j) leczenie powtórne jest zawsze trudniejsze i nie w każdym przypadku można je wykonać jedynie zachowawczą, mało inwazyjną metodę leczenia. Jest też obciążone większym ryzykiem powikłań i niepowodzeń;

k) podczas leczenia endodontycznego może się zdarzyć, że lekarz będzie zmuszony do celowego zniesienia części korony zęba, by umożliwić prawidłowe wykonanie tego leczenia.
l) w trakcie leczenia kanałowego zęba z założoną koroną protetyczną dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia tej korony lub zachodzi konieczność jej świadomego usunięcia;
m) w czasie leczenia endodontycznego, a zwłaszcza po jego zakończeniu mogą wystąpić przemijające objawy bólowe wymagające niekiedy zastosowania leków przeciwbólowych;
n) 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;
o) 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 zęba wystarcza odbudowa zachowawcza za pomocą wypełnienia. Jeśli ząb jest mocno zniszczony, konieczna jest odbudowa protetyczna najczęściej za pomocą nakładu (endokorony) 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 kilku zdjęć rentgenowskich;

6. o tym, że po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne i wykonania zdjęć RTG, w terminach zaleconych przez lekarza;

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumialem/-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, leczenie endodontyczne jest podejmowane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Leczenie endodontyczne nie zabezpiecza także 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.

Wspólnie z pacjentem dokonano wyboru następującego leczenia:
.....
……...
Honorarium za leczenie wynosi……
……..

Data, Podpis i pieczątka lekarza dentysty Czytelny podpis pacjenta (Rodzica lub opiekuna)