

## Zgoda WŁASNA Pacjenta na zabieg USUNIĘCIA – EKSTRAKCJĘ zęba lub zębów.

(Dotyczy Pacjentów pełnoletnich, zdolnych do świadomego wyrażenia zgody.)

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

PESEL:.....

Nr tel: .....

e-mail: .....

**Cel zabiegu:** (w porozumieniu z lekarzem prosimy podkreślić odpowiedni cel )

- **Usunięcie przyczyny stanu zapalnego i chorób przyzębia**, tj. zęba będącego przyczyną obecnego lub/ i przyszłego stanu zapalnego zębów, przyzębia, kości lub/ i ogólnoustrojowego, lub/ i powstawania torbieli, przy braku możliwości leczenia zachowawczego chorego lub uszkodzonego zęba/ zębów.
- **Przygotowanie do protezowania** – przez usunięcie pojedynczego zęba/ zębów w szczęcie w celu przygotowania do protezowania, przy braku możliwości jego / ich zachowania.
- **Usunięcie zęba w trakcie leczenia ortodontycznego**- na podstawie skierowania od lekarza prowadzącego.
- **Usunięcie zęba wklonowanego, zatrzymanego**, który nie wyrznął się lub wyrznął się częściowo i może powodować lub powoduje infekcje lub nacisk i przemieszczanie sąsiednich zębów, przy braku możliwości jego leczenia ortodontycznego.
- **Usunięcie potencjalnego ogniska infekcji** u pacjentów obciążonych chorobami ogólnoustrojowymi- poprzez usunięcie zębów martwych zgorzelinowych, ze zmianami okołowierzchołkowymi , leczonych kanałowo w okresie remisji choroby ogólnoustrojowej.
- **Inny** (wpisać, jaki cel):.....

**Ząb/zęby kwalifikowane do usunięcia**.....

### **Informacja dla Pacjenta:**

**Istota zabiegu:** 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 (ekstrakcja chirurgiczna). Zwykle wykonywana jest wtedy metody leczenia zachowawczego okażą się nieskuteczne, lub zniszczenie tkanek zęba jest tak zaawansowane , iż nie ma możliwości jego leczenia i trwałej odbudowy. Możliwa jest również ekstrakcja zęba zdrowego: w czasie przygotowania jamy ustnej do protezowania, lub jako element leczenia ortodontycznego. Zabieg najczęściej wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym . Znieczulenie znosi odczuwanie bólu, jednak czucie dotyku, ucisku czy rozpierania jest zachowane. Istnieje możliwość przeprowadzenia zabiegu w znieczuleniu ogólnym lub analgesodacji, które stosuje się przy określonych wskazaniach. Ekstrakcja może łączyć się z koniecznością przeprowadzenia dodatkowych zabiegów leczniczych, jak wyłuszczenie (usunięcie) ziarniny zapalnej otaczającej usuwany ząb (wykonywane rutynowo, jeśli ząb jest przyczyną stanu zapalnego tkanek okołowierzchołkowych), wyrównanie brzegów kości. Rana poekstrakcyjna zaopatrywana jest jałowym tamponem z gazy, przy rozleglejszych zabiegach zębodoły zabezpiecza się szwami. Zębodół po ekstrakcji wypełnia się krwią zamieniająca się w skrzep, dzięki któremu następują procesy gojenia i dlatego nie należy go usuwać. W normalnych okolicznościach dyskomfort powinien zmniejszyć się w ciągu trzech dni do dwóch tygodni. Niekiedy zabieg ekstrakcji wykonywany jest 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.

**Zalecenia przed zabiegiem:** Ekstrakcja zawsze powoduje mniejsze lub większe obciążenie okolicznych tkanek, a także całego ustroju, dlatego przed zabiegiem należy: wypocząć oraz, o ile lekarz nie zaleci inaczej zjeść lekki posiłek, przyjmując stale przyjmowane leki. W dniu poprzedzającym i w dzień zabiegu nie palić tytoniu, nie spożywać alkoholu nie używać żadnych środków odurzających ani pobudzających.

### Konsekwencje po ekstrakcji:

- 1) Brak zęba- utrata ciągłości łuku zębowego.
- 2) Następne przemieszczenie zębów sąsiednich i przeciwstawnych- w celu zamknięcia powstałej luki.
- 3) Ból/ dyskomfort poekstrakcyjny.
- 4) Następny zanik kości wyrostka zębodołowego w miejscu brakującego zęba z uwagi na pozbawienie stymulacji kości - od 40 % do 60 % w ciągu pierwszych 3 lat i postępujący dalej około 0,5 % na rok. Dlatego zaleca się wypełnienie zębodołu preparatem kościotwórczym, który na pewien czas ogranicza zanik kości wyrostka.
- 5) Zanik kości- odsłanianie się sąsiednich zębów.
- 6) Upośledzenie żucia, przeciążenie zachowanych zębów.
- 7) Zaburzenie estetyki twarzy.
- 8) Konieczność uzupełnienia braku zębów poprzez leczenie implantologiczne lub protetyczne (Z wyjątkiem trzecich zębów trzonowych lub zębów usuwanych z wskazań ortodontycznych).
- 9) Zastosowane znieczulenie powoduje odrętwienie jamy ustnej.

### Powikłania (niektóre możliwe powikłania):

- 1) Nadmierne lub przedłużające się krwawienie.
- 2) Brak pełnego znieczulenia- stan zapalny niweluje działanie środków znieczulających.
- 3) Obrzęk tkanek miękkich.
- 4) Zasinienie (krwiak) w okolicy zabiegu, które może być także widoczne na zewnątrz.
- 5) Uszkodzenie zębów sąsiednich w trakcie zabieg.
- 6) Reakcja uczuleniowa na środki znieczulające.
- 7) Tzw. „Suchy zębodół”- utrudnione gojenie spowodowane utratą skrzepu zabezpieczającego okolice ekstrakcji (zębodół).
- 8) Połączenie ustno- zatokowe: jeśli korzenie górnych zębów wpuklają się do wnętrza zatoki szczękowej lub stan zapalny tkanek okołowierchołkowych powoduje perforację dna zatoki, po usunięciu zęba dochodzi do połączenia światła zatoki z jamą ustną. Stan ten wymaga przeprowadzenia dodatkowych zabiegów chirurgicznych.
- 9) Uszkodzenie nerwu zębodołowego dolnego, które może powodować dolegliwości bólowe lub zaburzenie czucia w obrębie wargi dolnej, niekiedy bezpowrotne.

### Pacjent informuje lekarza:

1. **Przeciwwskazania:** Prosimy o sprawdzenie czy występują u Pani/ Pana którekolwiek z poniższych przeciwwskazań. Jeżeli tak, to prosimy o **podkreślenie** lub **otoczenie** danego przeciwwskazania i **dotatkowe ustne poinformowanie o nim lekarza**.

**Bezwzględne:** ostra białaczka; ząb tkwiący w guzie nowotworowym lub jego sąsiedztwie; ząb tkwiący w naczyniaku krwionośnym.

**Względne:** choroby serca i naczyń krwionośnych (m. in. przebyty zawał mięśnia sercowego, zapalenie mięśnia sercowego i wśierdzia, wada zastawek, choroba wieńcowa, stany po operacjach kardiochirurgicznych, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze); skazy krwotoczne; choroby wątroby, choroby nerek, choroby płuc; cukrzyca; padaczka; choroby psychiczne; opryszczka, wrzodziejące zapalenie jamy ustnej; szczękoscisk; uczulenia na środki znieczulające; występujące wcześniej omdlenia, epizody utraty przytomności i objawów wstrząsu anafilaktycznego po środkach znieczulających; stan po przyjęciu jakichkolwiek środków pobudzających, alkoholu lub narkotyków; miesiączka.

**Inne występujące przeciwwskazania według oceny i obaw Pacjenta** (wymienić, jakie):

.....  
.....  
.....

2. **Przyjmowane leki:** Prosimy o informację, czy aktualnie przyjmuje Pani/ Pan jakiegokolwiek leki. Jeżeli tak, to prosimy o **podkreślenie** lub **otoczenie** danego leku lub wpisanie innych przyjmowanych leków i **dotatkowe ustne poinformowanie o nich lekarza**.

**Przyjmuje następujące leki:** nadciśnieniowe; na chorobę niedokrwinną; przeciwcukrzycowe; na tarczycę; wpływające na krzepliwość krwi (syncumar, heparyna, fraxiparyna, clexane, aspiryna, acard i inne); sterydowe.

**Inne przyjmowane leki** (wymienić, jakie):

.....  
.....

3. **Szczególny stan zdrowia Pacjenta:** Prosimy o informację przez **podkreślenie** lub **otoczenie** niżej wymienionych okoliczności (jeżeli występują) i **dotatkowo ustne poinformowanie o nich lekarza**.

**Szczególny stan zdrowia:** posiadam przeszczepiony narząd, wszczepioną zastawkę, protezy stawów; naczyń; jestem w trakcie radioterapii lub od roku po jej zakończeniu; jestem w ciąży.

### Pacjent oświadcza:

1. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na o konieczności usunięcia zęba/zębów, o istocie i celu zabiegu, o normalnych następstwach zabiegu, o możliwości wystąpienia powikłań i ewentualnej konieczności dodatkowego leczenia.
2. Oświadczam, że 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, ich wadach, zaletach i ich ryzyku, z zaniechaniem leczenia włącznie. Miałem/am możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem dodatkowe wyjaśnienia.
3. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.
4. 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).
5. Rozumiem, że podczas świadczenia medycznego komunikacja z Pacjentem może być utrudniona oraz należy dążyć do skrócenia czasu interwencji medycznej (odkrycia pola zabiegowego) co w istotny sposób zmniejsza stres i możliwość infekcji oraz przyspiesza gojenie. Dlatego, w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia, wyrażam żądanie kontynuowania leczenia przy uwzględnieniu nowych okoliczności, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuje się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.
5. Zobowiązuje się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza.

Niniejszym, zgodnie z art. 31-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (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 zęba/zębów przez: dr n. med. Tatianę Jamróż-Szłapę

Przyjmuję do wiadomości, że podczas świadczenia medycznego może zaistnieć potrzeba zmiany koncepcji leczenia (poszerzenia lub zmniejszenia zakresu). W przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuje się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i użytych materiałów

.....  
*podpis lekarza*

.....  
*data*

.....  
*czytelny podpis pacjenta*