

## Zgoda na resekcję wierzchołka korzenia

Data wydruku: 30-05-2023

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,

REGON: 38580640800013

Kod Res.:000000228432

TULIDENT (kod res. 02)

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

Wrocław, .....

### ZGODA PACJENTA NA RESEKCJĘ WIERZCHOŁKA KORZENIA

#### I. DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta: .....

nr PESEL: .....

#### II. DANE LEKARZA WYKONUJĄCEGO ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE: .....

#### III. OPIS PROPONOWANEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO I MOŻLIWE POWIKŁANIA ORAZ SKUTKI NIEPOŻĄDANE:

Niniejszy formularz dotyczy udzielenia świadczenia zdrowotnego:

##### 1. RESEKCJA WIERZCHOŁKA KORZENIA:

Planowane leczenie dotyczy korzenia przy zębie nr ....

Leczenie to obejmuje następujące czynności i ma następujący cel: Resekcja (wycięcie) wierzchołka korzenia zęba jest zabiegiem chirurgicznym polegającym na bezpowrotnym odcięciu wierzchołka korzenia zęba lub zębów i usunięciu go wraz z ziarniną zapalną, przy użyciu instrumentarium chirurgicznego. Jest zabiegiem pozwalającym na utrzymanie zęba, który z niżej wymienionych powodów kwalifikowałby się do ekstrakcji (usunięcia). Zabieg polega na rozcięciu dziąsła (płata śluzówko-kostnego) i wycięciu w kości okienka kostnego, przez które odcina się wierzchołek korzenia zęba i usuwa się zmienioną zapalnie tkankę. Następnie, wykonuje się wsteczne wypełnienie kanału korzeniowego. Ranę zaszywa się i pozostawia do zagojenia. Szwy zdejmowane są po około od 5 do 10 dni po zabiegu. Ubytek w kości, który pozostaje po usunięciu wierzchołka korzenia i ziarniny zapalnej, może być uzupełniony preparatami kościozastępczymi. Resekcja może łączyć się z koniecznością przeprowadzenia dodatkowych procedur leczniczych, takich jak regeneracja kości lub podanie osocza bogatopłytkowego. Regeneracja może być przeprowadzona przy użyciu różnego rodzaju biomateriału: kości autogennej (pochodzącej od tego samego pacjenta), kości homogennej (biomateriał z banku kości pochodzący od obcych dawców), biomateriał pochodzenia zwierzęcego oraz biomateriał syntetyczny (pochodzenia organicznego lub nieorganicznego). Odbudowa kostna w miejscu resekcji trwa zwykle od kilku do kilkunastu miesięcy. Resekcja wykonywana jest wtedy, kiedy dostępne metody leczenia zachowawczego zęba okazały się nieskuteczne, ale istnieje możliwość jego leczenia i odbudowy. Procedura ta w większości przypadków pozwala na uratowanie zęba przed usunięciem, istnieje jednak ryzyko, że mimo przeprowadzonego zabiegu, ząb i tak będzie musiał być usunięty w całości. Zabieg najczęściej wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym. Znieczulenie znosi odczuwanie bólu, ale odczucie dotyku, ucisku i rozpięcia jest zachowane. W normalnych okolicznościach dyskomfort powinien zmniejszyć się w ciągu trzech dni, do dwóch tygodni. Niekiedy zabieg resekcji wymaga zastosowania farmakoterapii (przed, w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu). Resekcja, jako zabieg naruszający prawidłową anatomię zęba, może powodować konieczność rozszerzenia zakresu leczenia ponad wcześniej przewidziany zakres. Ząb po resekcji nie jest pełnowartościowym zębem filarowym uzupełnień protetycznych.

Najczęstszymi przyczynami doprowadzającymi do konieczności wykonania zabiegu resekcji jest przewlekłe zapalenie tkanek okołowierzchołkowych niepoddające się leczeniu endodontycznemu, materiał wypełniający kanał korzeniowy znajdujący się poza wierzchołkiem korzenia (jeśli jest przyczyną stanu zapalnego), złamanie wierzchołka korzenia w wyniku urazu, złamanie narzędzia endodontycznego w okolicy wierzchołka korzenia (jeśli jest przyczyną stanu zapalnego), perforacja w części przywierzchołkowej korzenia przy braku możliwości leczenia zachowawczego, brak możliwości udrożnienia części przywierzchołkowej kanału podczas leczenia endodontycznego.

##### Możliwe powikłania:

Leczenie chirurgiczne wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań w postaci: obrzęku, krwawienia, zasinienia, dolegliwości bólowych, stanu zapalnego, utrudnionego gojenia rany, uszkodzenia nerwu, zaburzenia czucia, perforacji dna zatoki, połączenia zatoki z jamą ustną, szczękostisku, uszkodzenia zębów sąsiadujących. Może także wystąpić reakcja alergiczna na stosowane w trakcie leczenia materiały/narzędzia. W przypadkach szczególnie skomplikowanych, w których istnieje duża szansa niepowodzenia zabiegu, lekarz może powstrzymać się od jego wykonania i skierować pacjenta do innego specjalisty.

##### 2. Znieczulenie:

Ww. świadczenie może być udzielone w znieczuleniu miejscowym, które wykonywane jest na życzenie pacjenta – polega ono na podaniu do tkanek w obrębie jamy ustnej środka farmakologicznego, który powoduje blokadę nerwów, odpowiadających za unerwienie danej okolicy. Po podaniu znieczulenia mogą wystąpić objawy niepożądane lub powikłania związane z indywidualną wrażliwością pacjenta. **Do powikłań częstych, mniej groźnych zaliczyć należy:** wrażliwość miejsca po ukłuciu, krwiak tkanek (siniak), obrzęk, zawroty głowy, pogryzienie wargi i policzka, podniesienie ciśnienia krwi i przyspieszenie pracy serca. **Powikłania rzadkie to:** omdlenie, częściowe porażenie nerwu czuciowego, infekcja po iniekcji, reakcja alergiczna. Znieczulenie znosi odczuwanie bólu, jednak czucie dotyku, ucisku czy rozpięcia jest zachowane.

## Zgoda na resekcję wierzchołka korzenia

Data wydruku: 30-05-2023

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,

REGON: 38580640800013

Kod Res.:000000228432

TULIDENT (kod res. 02)

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

### 3. Badanie RTG/CBCT:

W trakcie badania lub udzielania ww. świadczenia zdrowotnego może zaistnieć konieczność wykonania zdjęcia rentgenowskiego (badanie radiologiczne). Badanie to jest badaniem obrazowym, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego, które może mieć niekorzystny wpływ na organizm, dlatego dawka promieniowania zredukowana jest do minimum pozwalającego uzyskać poprawny technicznie wynik badania. Badanie to może być wykonane w zakresie: zdjęcia rentgenowskiego okolicy zabiegowej zęba/-ów, zdjęcia rentgenowskiego pantomograficznego, zdjęcia rentgenowskiego tomograficznego. **Ciąża jest bezwzględnie przeciwwskazaniem do wykonania badania radiologicznego.** Wszystkie kobiety powinny zgłosić lekarzowi fakt podejrzenia ciąży lub ciąży przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego. Wszyscy pacjenci powinni zgłosić lekarzowi fakt leczenia onkologicznego przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego.

Udzielenie każdego świadczenia zdrowotnego wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań i/lub skutków niepożądanych – także w przypadku dochowania należytej staranności przez personel udzielający tego świadczenia. Dokładamy wszelkich starań, by zminimalizować ryzyko ich wystąpienia, niemniej żaden lekarz ani podmiot leczniczy nie może zagwarantować ich całkowitego wykluczenia.

Dodatkowe uwagi: ..

### IV. OŚWIADCZENIA PACJENTA:

Oświadczam, że:

- 1) nie jestem ubezwłasnowolniony całkowicie;
- 2) udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia według mojej najlepszej wiedzy – zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie zdrowia;
- 3) o wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się pisemnie powiadomić lekarza bez zwłoki;
- 4) zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a, w sposób dla mnie zrozumiały:
  - a) o stanie mojego zdrowia;
  - b) o istocie, sposobie wykonania i celu ww. świadczenia zdrowotnego;
  - c) o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony/a z całym przebiegiem proponowanego leczenia;
  - d) o konieczności stosowania się do zaleceń lekarskich pozabiegowych, w tym o konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej (zalecenia zostaną wydane pacjentowi w formie pisemnej informacji);
  - e) o konieczności stosowania ewentualnej zaleconej przez lekarza farmakoterapii;
  - f) w szczególności zostałem poinformowany, że:
    - w przypadku niedostatecznego utrzymania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek, co w konsekwencji może prowadzić do konieczności dodatkowego leczenia;
    - w przypadku innych braków zębowych konieczne jest ich bezzwłoczne uzupełnienie;
    - plan leczenia może ulec zmianie, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności – o których pacjent zostanie poinformowany i jeżeli wyrazi na to zgodę;
    - palenie tytoniu ma niekorzystny wpływ na proces gojenia rany;
    - po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłoszenia się na wizyt kontrolnych w terminie zaleconym przez lekarza;
  - g) o możliwościach alternatywnego postępowania diagnostycznego oraz leczniczego, które obejmują:

....

oraz o związanym z tymi metodami ryzyku;
  - h) o możliwości zaniechania leczenia chirurgicznego i jego konsekwencjach;
  - i) o ryzyku wystąpienia skutków niepożądanych i powikłań w trakcie leczenia chirurgicznego a także po jego zakończeniu, które opisano szczegółowo w pkt III niniejszego formularza;
  - j) zasadności informowania lekarza o wszystkich niepokojących objawach, w tym w szczególności o powikłaniach i skutkach niepożądanych; k) o możliwości zadania pytań i zgłaszania wątpliwości personelowi medycznemu w zakresie ww. leczenia;
- 5) zgłosiłem/am personelowi medycznemu wszystkie wątpliwości i zadałem/am wszystkie nurtujące mnie pytania dotyczące ww. leczenia oraz uzyskałem/am zrozumiałe wyjaśnienia i odpowiedzi;
- 6) rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty ww. leczenia nie są zagwarantowane;
- 7) mam świadomość, iż mogę w każdej chwili cofnąć zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego;
- 8) zapoznałem/am się z treścią niniejszego dokumentu, w pełni ją rozumiem i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.

**Zgoda na resekcję wierzchołka korzenia**

Data wydruku: 30-05-2023

**ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,****REGON: 38580640800013**

Kod Res.:000000228432

TULIDENT (kod res. 02)

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

**V. ZGODA PACJENTA.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie następujących świadczeń zdrowotnych :  
(proszę zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim miejscu)\*

- resekcję  
 regenerację kości przy użyciu: ....  
 znieczulenie  
 badanie RTG/CBCT

.....  
data, podpis i pieczęć lekarza

.....  
data i czytelny podpis pacjenta

**VI. INFORMACJA W ZAKRESIE WARUNKÓW REALIZACJI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO**1) PRZEWIDYWANE KOSZTY LECZENIA: ...2) WARUNKI PŁATNOŚCI: Płatność zostanie uiszczona po wykonaniu leczenia chirurgicznego.3) OŚWIADCZENIA PACJENTA: Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:

1. zostałem/am zapoznany/a z warunkami płatności i w pełni je akceptuję;
2. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że koszty dojazdu do gabinetu ponosi pacjent;
3. rozumiem, że w przypadku zmiany zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego, kwota ustalonych wstępnie przewidywanych kosztów leczenia (pkt VI ppkt 1) może ulec zmianie;
4. mam świadomość, że powodzenie przeprowadzonego leczenia i jego rezultaty są w dużej mierze zależne od przestrzegania przeze mnie zaleceń lekarza i zobowiązuję się ich przestrzegać, w tym regularnie odbywać wizyty kontrolne i higienizacyjne.

.....  
(data, podpis pacjenta)

**VII. ZGODA NA UJAWNIECIE TAJEMNICY LEKARSKIEJ.**

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na ujawnienie tajemnicy lekarskiej dot. ww. leczenia w zakresie obejmującym okazanie lub publikację, **w sposób uniemożliwiający identyfikację mojej osoby**, zdjęć RTG/CBCT oraz dokumentacji fotograficznej w celach: edukowania innych pacjentów (okazanie poglądowe fragmentów dokumentacji medycznej), szkolenia personelu, marketingu (informowania o udzielanych świadczeniach zdrowotnych). Zobowiązuję się nie wnosić roszczeń z ww. tytułu. Mam świadomość, że zgodę mogę cofnąć w każdym czasie, bez negatywnych konsekwencji z tego powodu.

.....  
(data, podpis pacjenta)