

INFORMACJA DLA PACJENTA I ŚWIADOMA ZGODA NA EKSTRAKCJĘ

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 wykonanie, świadczenia zdrowotnego w *Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Ziemowit Sartys przy ul. Polnej 56a w Kielczowie lub przy ul. Kilińskiego 27/1a we Wrocławiu*

Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. 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 oraz fotograficznej podczas zabiegu i po jego wykonaniu.

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, kiedy 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. 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. Zębodoł po ekstrakcji wypełnia się krwią zamieniającą 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 ostanie 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.

Konsekwencje ekstrakcji:

1. Brak zęba - utrata ciągłości łuku zębowego.
2. Następne przemieszczenie zębów sąsiednich i przeciwstawnych
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.
5. Zanik kości - odsłanianie się sąsiednich zębów.
6. Upośledzenie żucia, przeciążenie zachowanych zębów.
7. Zaburzenie estetyki twarzy.
8. Konieczność uzupełnienia braku zębowego poprzez leczenie protetyczne lub implantologiczne (z wyjątkiem trzecich zębów trzonowych lub zębów usuwanych ze wskazań ortodontycznych).

Niektóre możliwe powikłania:

1. Nadmierne lub przedłużające się krwawienie.
2. Brak pełnego znieczulenia- stan zapalny niweluje działanie środków znieczulających; podobny efekt może mieć przyjmowanie przez pacjenta narkotyków i większych ilości alkoholu.
3. Obrzęk tkanek miękkich.

4. Zasinienie (krwiak) w okolicy zabiegu, które może być także widoczne na skórze twarzy.
5. Uszkodzenie zębów sąsiednich w trakcie zabiegu.
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 okołowierzchołkowych 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.

Oświadczenia pacjenta

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. 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.

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.

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 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.

.....
podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest **Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Ziemowit Sartys**
2. Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu: świadczenia usług medycznych, zarządzania usługami medycznymi, prowadzenia sprawozdawczości finansowej, oraz archiwizacji – statystycznym.
3. Podanie przez Pana/ią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/i zobowiązany/a do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie skutkować możliwością odstąpienia od udzielenia świadczeń.
4. Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat
5. Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych, aktualizacji i sprzeciwu w pewnym zakresie oraz do przenoszenia danych osobowych
6. Administrator nie ujawnia danych osobowych osobom trzecim bez zgody osoby, której dane dotyczą, chyba, że obowiązek ujawnienia wynika z obowiązującego prawa
7. Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO, gdy uzna Pan/i, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/i dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.