

## **Zgoda WŁASNA Pacjenta**

### **na leczenie ENDODONTYCZNE - KANAŁOWE zęba lub zębów.**

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

#### **Pacjent:**

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania:	
PESEL	
Tel.	
e-mail	

#### **Informacja dla Pacjenta**

Leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba ma na celu zachowanie i utrzymanie zęba, który w przeciwnym wypadku musi być usunięty. Planowe leczenie kanałowe przeprowadza się również jako przygotowanie do leczenia protetycznego. Leczenie endodontyczne polega na usunięciu z wnętrza zęba, czyli korony i kanałów, zmienionej zapalenie lub martwej miazgi i wypełnienie jej przestrzeni na stałe materiałem leczniczym. Jest ono podejmowane w celu usunięcia konkretnego problemu zdrowotnego i można nie wyeliminować innych nierozpoznanych przyczyn dolegliwości. Leczenie endodontyczne nie zabezpiecza także przed próchnicą, złamaniem zęba ani chorobami dziąseł. Po leczeniu endodontycznym konieczna jest jak najszybsza, trwała rekonstrukcja korony zęba ze względu na wysokie ryzyko złamania osłabionej i puste w środku korony zęba. Przy niewielkim stopniu uszkodzenia korony zęba wystarcza zachowawcza odbudowa za pomocą wypełnienia. Jeżeli ząb jest mocno zniszczony, konieczna jest odbudowa protetyczna, najczęściej za pomocą wkładu koronowego lub wkładu koronowo - korzeniowego i korony protetycznej. Tylko szczelna i trwała odbudowa przeciwdziała wtórnej infekcji oraz zapewnia udział zęba w fizjologicznym procesie żucia.

Ze względu na skomplikowaną anatomię zębów i tkanek wokół nich, leczenie kanałowe nie zawsze jest możliwe lub może okazać się nieskuteczne i już w trakcie podjętego leczenia lub po jego zakończeniu może wiązać się wystąpieniem powikłań:

1. Może wystąpić ból zęba lub tkanek otaczających, podwyższona temperatura, złe samopoczucie, alergia na zastosowane leki, zaostrzenie współistniejących schorzeń, dyskomfort i stres spowodowany bólem, konieczność przyjmowania leków (mających wpływ na samopoczucie, możliwość kierowania pojazdem a także powikłania dla kobiet w ciąży).
2. W przypadku, gdy korona zęba jest bardzo zniszczona, konieczna jest tymczasowa odbudowa korony przed rozpoczęciem leczenia kanałowego, co jest również związane z dodatkowymi kosztami.
3. Podczas leczenia endodontycznego może dojść do złamania korony zęba lub celowo lekarz jest zmuszony znieść część korony, aby móc prawidłowo wykonać leczenie.
4. Istnieje ryzyko złamania instrumentu endodontycznego wewnątrz kanału korzeniowego bez możliwości jego usunięcia oraz ryzyko przepchnięcia materiału uszczelniającego poza wierzchołek korzenia zębowego. Obecność złamanego narzędzia uniemożliwia niekiedy prawidłowe opracowanie kanału, natomiast oba powikłania mogą powodować dolegliwości bólowe i ewentualną konieczność chirurgicznego odcięcia wierzchołka korzenia lub usunięcie zęba w całości.

5. W trakcie leczenia kanałowego zęba z założoną koroną protetyczną dochodzi do nieodrwalnego uszkodzenia tej korony lub zachodzi konieczność jej świadomego usunięcia.
6. Istnieje ryzyko niemożności opracowania kanału w całości na skutek jego zwapnienia lub wcześniejszego nieprawidłowego leczenia.
7. Istnieje niebezpieczeństwo perforacji (przedziurawianie) ściany kanału lub korony miazgi zęba, czego następstwem może być konieczność dodatkowego zabiegu zamknięcia perforacji, a w razie jego nieskuteczności – usunięcie zęba.
8. Mogą wystąpić: zaostrzenie stanu zapalnego, dolegliwości bólowe, obrzęk, przetoka lub ropień. Może okazać się konieczna antybiotykoterapia i/lub interwencja chirurgiczna.
9. Korona zęba może ulec złamaniu, czego konsekwencją będzie konieczność zastosowania leczenia protetycznego (tj. wkład koronowo – korzeniowy i korona protetyczna) lub chirurgicznego (tj usunięcie zęba, jeśli szpara złamania przebiega w sposób uniemożliwiający leczenia protetyczne).
10. 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 lub usunięciu całego korzenia lub połowy zęba (dotyczy zębów wielokorzeniowych) lub zęba w całości.
11. W przypadku kanałów o skomplikowanej anatomii, nietypowym przebiegu, kanałów niedrożnych lub zębów leczonych w przeszłości istnieje dodatkowe zwiększone ryzyko powikłań.
12. Warunkiem powodzenia leczenia kanałowego jest oprócz szczelnego wypełnienia kanału także szczelne wypełnienie ubytku, a jeśli nie jest to możliwe ze względu na duże zniszczenie zęba, wykonanie wkładu koronowo – korzeniowego i korony protetycznej, co jest również związane z dodatkowymi kosztami.
13. W trakcie leczenia endodontycznego istnieje konieczność wykonania kilku zdjęć rentgenowskich (nie mniej niż 2).
14. Po zakończeniu leczenia Pacjent jest zobowiązany do wizyt kontrolnych wraz ze zdjęciami RTG w terminach zaleconych przez lekarza
15. Niekiedy trzeba przeprowadzić rewizję leczenia endodontycznego czyli ponowne leczenie kanałowe w sytuacji występowania dolegliwości bólowych ze strony zęba leczonego kanałowo, widocznego na zdjęciu rentgenowskim nieprawidłowego wypełnienia kanałów korzeniowych, gdy ząb jest przeznaczony do leczenia protetycznego (korony protetyczne, wkłady koronowo -korzeniowy, mosty) , występowanie widocznych na zdjęciu rentgenowskim zmian w kości, które nie wygoiły się po leczeniu kanałowym. Leczenie powtórne jest zawsze trudniejsze i nie w każdym przypadku można je wykonać jedynie zachowawczą, mało inwazyjną metodą leczenia. Jest też obciążone większym ryzykiem powikłań czy niepowodzeń. W pewnych sytuacjach leczony ząb może wymagać, zabiegu chirurgii endodontycznej lub usunięcia.
16. Ząb leczony kanałowo to ząb martwy, czego objawami i skutkami jest ciemniejsza barwa oraz brak reakcji na zmiany temperatury.

17. Martwe zęby – nie leczone lub po nieprawidłowym leczeniu kanałowym są potencjalnym ogniskiem infekcji i zakażenia innych narządów.

18. U Pacjentów po transplantacji konieczne jest zastosowanie osłony antybiotykowej (podczas zabiegu dochodzi do kontaktu bakterii z krwią). Pacjent, niezależnie od odpowiedzi na pytania ankiety medycznej, musi poinformować lekarza o przebytych zabiegach transplantacji.

**Ząb / zęby zakwalifikowane do leczenia kanałowego** .....

Sposób leczenia:  z użyciem mikroskopu                       bez użycia mikroskopu

**Koszty leczenia / każdego kanał zęba \*** .....

**Koszt słownie**.....

**Pacjent oświadcza:**

1. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na o konieczności leczenia kanałowego, 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 ryzyku, z zaniechaniem leczenia łącznie. Miałem/am możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem/am dodatkowe wyjaśnienia.
3. Oświadczam, że zostałem poinformowany/na o alternatywnych możliwościach leczenia, w tym o leczeniu kanałowym pod mikroskopem, który możliwa precyzyjną pracę w niewielkim polu zabiegowym (m. in. odnalezienie i leczenie głównych oraz dodatkowych kanałów korzeniowych zęba wraz z ich rozgałęzieniami, usunięcie z kanału złamanych fragmentów narzędzi endodontycznych, wkładów koronowo -korzeniowych, twardych cementów wypełniających kanał, zamknięcie perforacji korzenia zęba, udrożnienie bardzo wąskich lub wręcz całkowicie zamkniętych kanałów korzeniowych, ustalenie właściwego rozpoznania i podjęcie właściwego leczenia w przypadku, niewidocznych gołym okiem, pęknięć i złamań tkanek zęba, czy w przypadkach o bardzo skomplikowanej i rzadko występującej anatomii systemu kanałów korzeniowych). Zostałem/am również poinformowany/na, że leczenie pod mikroskopem wiąże się z dodatkowymi kosztami.
4. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.
5. Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu mogą wystąpić nowe okoliczności, które należy uwzględnić i dlatego może zaistnieć konieczność zmiany koncepcji leczenia (zmiany metody 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 możliwości 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 materiałów.

6. Zobowiązuje się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza.
7. **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 leczenia kanałowe wyżej wymienionego zęba/zębów przez:**

(imię i nazwisko lekarza).....

8. Zobowiązuję się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz wizyt kontrolnych według poniższego planu:

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

.....

Czytelny podpis i pieczęć lekarza  
stomatologa

.....

data

.....

czytelny podpis Pacjenta