

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA LECZENIE ENDODONTYCZNE ZĘBA
MLECZNEGO w gabinecie Ciocia Dentystka Jutrzenki 10/34A 20-538 w Lublinie

Imię i nazwisko pacjenta.....
PESEL pacjenta.....
Imię i nazwisko opiekuna.....
PESEL opiekuna.....

Procedura lecznicza - leczenie endodontyczne zęba.....

Ja niżej podpisany/-a.....
zgodnie z art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016r. poz. 186) wyrażam świadomą zgodę na wykonanie, wyżej opisanej, planowanej procedury leczniczej u mojego dziecka.

Wyrażam także zgodę na wykonanie radiologicznych badań diagnostycznych u mojego dziecka.

Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka.

Takie informacje podałem/-am również w wypełnionej przeze mnie karcie pacjenta.

O wszelkich zmianach stanu zdrowia mojego dziecka zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.

Przyjmuję do wiadomości, że w/w dane są danymi poufnymi.

Ponadto oświadczam iż, zostałem/-am poinformowany/-a, o tym że:

1. Podczas leczenia endodontycznego może dojść do złamania korony zęba. Może się także zdarzyć, że lekarz będzie zmuszony do celowego zniesienia części korony zęba, by umożliwić prawidłowe wykonanie zabiegu. Możliwa jest także perforacja kanału korzeniowego lub komory miazgi. O tym, że leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba polega na usunięciu z jego wnętrza, czyli z komory zęba i kanałów korzeniowych, zmienionej zapalnie lub martwej miazgi i wypełnienie tej przestrzeni materiałem resorbowalnym.

2. Ze względu na skomplikowaną budowę anatomiczną zębów i tkanek je otaczających, leczenie endodontyczne nie zawsze jest możliwe lub może okazać się nieskuteczne już w trakcie rozpoczęcia postępowania terapeutycznego. Sytuacje takie mogą mieć miejsce w przypadku kanałów korzeniowych o skomplikowanej budowie, nietypowym przebiegu, kanałów niedrożnych lub zębów leczonych w przeszłości, co istotnie zwiększa ryzyko powikłań.

3. Podczas leczenia endodontycznego istnieje ryzyko złamania instrumentu endodontycznego wewnątrz kanału korzeniowego (bez możliwości jego usunięcia) oraz przepchnięcia materiału wypełniającego poza wierzchołek korzenia zęba, co może powodować dolegliwości bólowe i w konsekwencji ewentualną konieczność usunięcia zęba oraz uszkodzenia/obumarcia zawiązka zęba stałego.

4. W czasie leczenia endodontycznego, a zwłaszcza po jego zakończeniu mogą wystąpić przemijające objawy bólowe wymagające niekiedy zastosowania leków przeciwbólowych/przeciwzapalnych

5. 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.



Imię i nazwisko pacjenta.....
PESEL.....

6. Powikłaniem leczenia endodontycznego zęba mlecznego może być obumarcie zawiązka zęba stałego.

7. Powikłaniem leczenia endodontycznego może być przepchnięcie roztworu podchlorynu sodu, używanego do płukania kanałów poza wierzchołek korzenia, co może spowodować martwicę okolicznych tkanek oraz zawiązka zęba stałego oraz ropny stan zapalny.

8. Mimo przeprowadzonego leczenia endodontycznego może zaistnieć w przypadku niepowodzenia tego leczenia konieczność usunięcia zęba.

9. Przed rozpoczęciem procedur endodontycznych może istnieć konieczność tymczasowej odbudowy korony zęba umożliwiającej prawidłowe przeprowadzenie całości leczenia.

10. Zastosowane w trakcie leczenia preparaty lecznicze mogą być przyczyną reakcji alergicznej lub powikłań w otaczających ząb tkankach.

11. 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 koroną stalową. Tylko szczelna i trwała odbudowa przeciwdziała wtórnej infekcji oraz mechanicznym urazom leczonego zęba

12. W trakcie leczenia endodontycznego może istnieć konieczność wykonania kilku zdjęć rentgenowskich oraz kontroli radiologicznej zęba po 3, 6 i 12 miesiącach od daty zakończenia leczenia.

13. Po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do przestrzegania zaleceń lekarza w tym także dotyczących niezbędnej odbudowy oraz wizyt kontrolnych.

14. A także o kosztach leczenia, które akceptuję.

Oświadczam, iż powyższe informacje przeczytałem/am) i zrozumiałem/am, uzyskałem/am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem/am poinformowany/a o alternatywnych możliwościach leczenia, z odmową leczenia włącznie. Zostałem/am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z niepodjęcia lub przerwania 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 medycznego i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Leczenie endodontyczne nie zabezpiecza także przed próchnicą, złamaniem zęba oraz chorobami przyzębia.

Zostałem poinformowany(a), że mogę odwołać pisemnie zgodę na leczenie.

Data.....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego.....

Podpis i pieczętka lekarza.....

