**Zgoda W Ł A S N A Pacjenta**

**na leczenie E N D O D O N T Y C Z N E – K A N A Ł O W E zęba lub zębów**

Dotyczy Pacjentów pełnoletnich zdolnych do świadomego wyrażenia zgody

**PACJENT**: (*imię i nazwisko)*



# Adres:



PESEL: Telefon:

 

## Informacja dla Pacjenta

Leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba ma na celu zachowanie i utrzymanie zęba, który w przeciwnym wypadku musiałby być usunięty. Planowe leczenie kanałowe przeprowadza się również jako przygotowanie do leczenia protetycznego. Leczenie endodontyczne polega na usunięciu z wnętrza zęba, czyli komory i kanałów, zmienionej zapalnie lub martwej miazgi i wypełnienie tej przestrzeni na stałe materiałem leczniczym. Jest ono podejmowane w celu usunięcia konkretnego problemu zdrowotnego i może 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 pustej w środku korony zęba. Przy niewielkim stopniu uszkodzenia korony zęba wystarcza odbudowa zachowawcza za pomocą wypełnienia. Jeśli 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 z 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 zęba. Obecność złamanego narzędzia uniemożliwia niekiedy prawidłowe opracowanie kanału, natomiast oba powikłania mogą powodować dolegliwości bólowe i ewentualną konieczność chirurgicznego odcięcia wierzchołka korzenia;
5. W trakcie leczenia kanałowego zęba z założoną koroną protetyczną dochodzi do nieodwracalnego 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 (przedziurawienia) ściany kanału lub komory 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 leczenie 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);
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 zdjęciem 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-korzeniowe, mosty), występowania 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 metodę 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 przebytym zabiegu transplantacji.

## Ząb / zęby zakwalifikowane do leczenia kanałowego Koszty leczenia / każdego kanału 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 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). 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 zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.
5. Zobowiązuję się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz do wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza.
6. **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 leczenie kanałowe wyżej wymienionego zęba/zębów**

**przez** *(imię nazwisko lekarza)*

**w gabinecie: SUN CLINIC IZABELA GRABOWSKA-FIGHIERA EWA WNUK LEKARZE STOMATOLODZY sp.p. w Płocku, ul. Słoneczna 3, 09-402 Płock**

Zobowiązuję się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz do wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza.

 

*czytelny podpis i pieczątka lekarza*

*stomatologa*

*data*