



ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

Ja niżej podpisany/-a (data urodzenia)

.....

Adres

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o tym, że leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba polega na usunięciu z jego wnętrza, czyli komory zęba i kanałów korzeniowych miazgi (zmienionej zapalnie, martwej, niekiedy po urazach mechanicznych oraz ze wskazań protetycznych) i trwałym wypełnieniu tej przestrzeni materiałem leczniczym.
2. o tym, że ze względu na skomplikowaną budowę anatomiczną zębów i tkanek otaczających, leczenie endodontyczne nie zawsze jest możliwe lub może okazać się nieskuteczne już w trakcie podjętych procedur.
3. o tym, że przed przystąpieniem do leczenia endodontycznego może zaistnieć potrzeba tymczasowej odbudowy zęba, co może wiązać się z dodatkowymi kosztami
4. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań, a w szczególności o tym, że:
 - a) w przypadku kanałów korzeniowych o skomplikowanej budowie, nietypowym przebiegu, kanałów niedrożnych lub zębów leczonych kanałowo w przeszłości, istnieje zwiększone ryzyko powikłań;
 - b) 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 i niepowodzeń;
 - c) podczas leczenia endodontycznego może dojść do złamania korony zęba. Może się zdarzyć, że lekarz będzie zmuszony do celowego zniesienia części korony zęba, by umożliwić prawidłowe wykonanie tego leczenia. Istnieje również ryzyko perforacji kanału korzeniowego lub dna komory, złamania instrumentu endodontycznego wewnątrz kanału korzeniowego (bez możliwości jego usunięcia) oraz przepchnięcia materiału uszczelniającego poza wierzchołek korzenia zęba, co może powodować dolegliwości bólowe i w konsekwencji ewentualną konieczność chirurgicznego odcięcia fragmentu korzenia zęba;
 - d) w trakcie leczenia kanałowego zęba z założoną koroną protetyczną dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia tej korony lub zachodzi konieczność jej świadomego usunięcia;
 - e) w czasie leczenia endodontycznego, a zwłaszcza po jego zakończeniu mogą wystąpić przemijające objawy bólowe wymagające niekiedy zastosowania leków przeciwbólowych lub przeciwzapalnych;
 - f) 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;
 - g) leczenie endodontyczne zębów ze zmianami w okolicy okołowierzchołkowej jest obciążone większym ryzykiem; czasami mimo przeprowadzonego leczenia zmiany te mogą nie goić się prawidłowo - to może zmniejszyć szanse na utrzymanie danego zęba w jamie ustnej;
 - h) mimo przeprowadzonego leczenia endodontycznego może zaistnieć konieczność wykonania zabiegu chirurgicznego, np. odcięcia wierzchołka korzenia lub całego

korzenia, lub w przypadku niepowodzenia tego leczenia konieczność usunięcia zęba;

5. o tym, że 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 protetyczna najczęściej za pomocą wkładu koronowego (INLAY) lub wkładu koronowo-korzeniowego i korony protetycznej. Tylko szczelna i trwała odbudowa przeciwdziała wtórnej infekcji oraz mechanicznym urazom leczonego zęba;

6. o tym, że w trakcie leczenia endodontycznego istnieje konieczność wykonania kilku zdjęć rentgenowskich (nie mniej niż 2). Obecnie stosowana jest technika radiowizjografii (RTG cyfrowy) znacznie ograniczająca ekspozycję pacjenta na promieniowanie jonizujące;

7. o tym, że po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne wraz ze zdjęciem RTG, w terminach zaleconych przez lekarza;

8. o kosztach leczenia, które akceptują

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, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania 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 i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Leczenie endodontyczne nie zabezpiecza także przed próchnicą, złamaniem zęba oraz chorobami przyzębia. W wyjątkowych sytuacjach leczony ząb może wymagać ponownego leczenia, zabiegu chirurgii Endodontycznej lub usunięcia.

Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Warszawa (data)

Podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....

Czytelny podpis pacjenta
(Rodzica lub opiekuna)

.....