

## ZGODA NA LECZENIE ZACHOWAWCZE/ENDODONTYCZNE

Zgodnie z art. 32 - 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2023r. poz. 1516 z póź. zm.) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz.U. z 2023r. poz. 1545 z późn. zm.) **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na wykonanie dla:

Dane ucznia/pacjenta:

Imię i Nazwisko .....

Data urodzenia ..... Płeć..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania .....

Dane opiekuna ustawowego\*\*:

Nazwisko i imię: .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tel. ....

Stopień pokrewieństwa:    Matka     Ojciec     Opiekun prawny

Imię i Nazwisko drugiego Rodzica\*\*\*: .....

**na leczenie zachowawcze/endodontyczne zęba** .....

.....  
przez lekarzy dentystów pracujących w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o. (MCM), na podstawie zawartego Porozumienia z Dyrektorem Szkoły a Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do stanu zdrowia ucznia/pacjenta. O wszelkich zmianach stanu zdrowia ucznia/pacjenta zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej.

Dotyczy leczenia endodontycznego:

Zostałem(am) poinformowany(a):

- o tym, że leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba polega na usunięciu z jego wnętrza, czyli komory zęba i kanałów korzeniowych, zmienionej zapalnie lub martwej miazgi i trwałe wypełnienie tej przestrzeni materiałem leczniczym.
- 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.
- o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań, a w szczególności o tym, że:
  - w przypadku kanałów korzeniowych o skomplikowanej budowie, nietypowym przebiegu, kanałów niedrożnych lub zębów leczonych w przeszłości, istnieje zwiększone ryzyko powikłań;
  - 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;
  - 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. Możliwa jest także perforacja kanału korzeniowego lub komory miazgi zęba. Istnieje ryzyko 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 zęba;

\*niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnić dla pacjentów poniżej 18 r.ż.

\*\*\* wypełnić, jeśli dotyczy

- 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;
  - f. w niektórych przypadkach w czasie leczenia endodontycznego może dojść do zaostrzenia objawów stanu zapalnego (ból samoistny zębów, obrzęk, wysięk surowiczy lub ropny, uczynienie przetoki). Może to wymagać zastosowania leku przeciwzapalnego lub antybiotykoterapii;
  - g. leczenie endodontyczne zębów ze zmianami w okolicy okołowierzchołkowej jest obarczone 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;
4. o tym, że po leczeniu endodontycznym konieczna jest jak najszybsza, trwała rekonstrukcja zęba ze względu na wysokie ryzyko złamania osłabionej korony zęba. Rodzaj rekonstrukcji zęba jest podejmowany po konsultacji z lekarzem dentystą. Może wystąpić konieczność wykonania odbudowy zęba, które nie jest finansowane ze środków publicznym w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.
  5. o tym, że w trakcie leczenia endodontycznego istnieje konieczność wykonania kilku zdjęć rentgenowskich;
  6. o tym, że po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne wraz ze zdjęciem RTG, w terminach zaleconych przez lekarza;

Zabieg stomatologiczny może być wykonany w znieczuleniu - znieczulenie wykonywane jest na życzenie Pacjenta. Po podaniu znieczulenia mogą wystąpić objawy niepożądane lub powikłania związane z indywidualną wrażliwością Pacjenta. Do powikłań częstszych, mniej groźnych należy wrażliwość miejsca po ukłuciu, krwiak tkanek (siniak), obrzęk, zawroty głowy, pogryzienie wargi i policzka, podniesienie ciśnienia krwi i przyspieszenie pracy serca. Powikłania rzadkie to omdlenie, częściowe porażenie nerwu czuciowego, infekcja po iniekcji, reakcja alergiczna.

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na wykonanie znieczulenia do zabiegu stomatologicznego.**

W trakcie badania lub zabiegu stomatologicznego może zaistnieć konieczność wykonania zdjęcia rentgenowskiego. Badanie radiologiczne jest badaniem obrazowym, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego. Może ono mieć niekorzystny wpływ na organizm, dlatego dawka promieniowania zredukowana jest do minimum, które pozwala uzyskać poprawny technicznie wynik badania. **Ciąża jest przeciwwskazaniem do wykonania badania radiologicznego. Wszystkie kobiety powinny zgłaszać fakt podejrzenia lub bycia w ciąży przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego.**

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia ucznia/pacjenta. 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.

Informacje dodatkowe:

.....  
 .....

.....  
 data, podpis i pieczęć lekarza

.....  
 data, czytelny opiekuna ustawowego\*\* i Pacjenta pow. 16 r.ż.

\*niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnić dla pacjentów poniżej 18 r.ż.

\*\*\* wypełnić, jeśli dotyczy