

ZGODA PACJENTA NA WPROWADZENIE MIKROIMPLANTU ORTODONTYCZNEGO

I. DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta:

nr PESEL:

II. DANE LEKARZA WYKONUJĄCEGO ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE:

III. OPIS PROPONOWANEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO I MOŻLIWE POWIKŁANIA ORAZ SKUTKI NIEPOŻĄDANE:

Niniejszy formularz dotyczy udzielenia świadczenia zdrowotnego:

1. WPROWADZENIE MIKROIMPLANTU ORTODONTYCZNEGO:

Leczenie chirurgiczne, mające na celu wprowadzenie mikroimplantu/-ów ortodontycznego/ych w okolicy

Leczenie to obejmuje następujące czynności i ma następujący cel: celem zabiegu jest wprowadzenie elementu zwiększającego zakotwienie w leczeniu ortodontycznym tzw. mikroimplantu ortodontycznego. Zabieg polega na podaniu znieczulenia miejscowego, następnie błona śluzowa pacjenta jest delikatnie nacinana, a w kość wprowadzany jest mikroimplant ortodontyczny. Po zabiegu zazwyczaj nie ma potrzeby szycia chirurgicznego. Czas trwania wizyty to około 30 minut (może ulec zmianie). Zazwyczaj nie ma potrzeby stosowania antybiotykoterapii po zabiegu - chyba że lekarz zaleci inaczej. W trakcie zabiegu a także po nim mogą być wykonywane pomocniczo zdjęcia RTG, w celu oceny położenia mikroimplantu. Mikroimplant zawiera substancje takie jak: tytan, tlenek tytanu, może też zawierać mniejsze ilości innych jonów metali. Znieczulenie wykonane zostanie przy pomocy substancji artykainy z dodatkiem adrenaliny. Implant przed pierwsze 4 tygodnie nie będzie obciążony siłami, później posłużyć może do mezjalizacji/dystalizacji, intruzji - czyli do różnego rodzaju przesunięć ortodontycznych.

Przewidywane efekty zabiegu – wykorzystanie mikroimplantu do przemieszczenia zębów w zakresie do

Przeciwwskazania:

- 1) proces nowotworowy toczący się w obrębie głowy i szyi
- 2) nieleczona cukrzyca lub inne nieleczone zaburzenia hormonalne
- 3) choroby psychiczne
- 4) palenie tytoniu
- 5) zmiany patologiczne na błonie śluzowej
- 6) nisko schodząca zatoka szczękowa
- 7) zaburzenia odporności organizmu
- 8) zła higiena jamy ustnej
- 9) zaburzenia krzepnięcia krwi.

Możliwe powikłania:

Leczenie wiąże się też z możliwością wystąpienia powikłań w postaci: poluzowania się mikroimplantu i jego utraty (wówczas nowy mikroimplant jest wprowadzany w miejsce sąsiadujące lub po około 2 miesiącach może być wprowadzony w to samo miejsce, powikłanie to dotyczy około 20% wszystkich wprowadzanych mikroimplantów - niekiedy organizm pacjenta nie jest w stanie tolerować obcego ciała i dochodzi do jego odrzucenia, konieczna może być zmiana planu leczenia ortodontycznego), reakcji alergicznej, obrzęku, bólesności miejsca zabiegowego, stanu zapalnego, podrażnienia śluzówki, krwawienia (w przypadku obecnej malformacji naczyniowej – tj. anomalii/nietypowej budowy anatomicznej), krwawienia z nosa, uszkodzenia: cementu korzeniowego, ozębnej, miazgi zęba, złamania mikroimplantu. Możliwe jest także wystąpienie reakcji alergicznej na materiał/narzędzia używane podczas leczenia.

ZALECANE SPOSOBY POSTĘPOWANIA PO ZABIEGU:

- 1) zachowanie ostrożności – **nie jest zalecane**: drażnienie językiem mikroimplantu/elementów do niego przyczepionych, naciskanie go palcami;
- 2) płukanie preparatem zawierającym chlorheksydynę przez 2 tygodnie 2 razy dziennie;
- 3) unikanie gorących pokarmów i napojów przez 24 godziny po zabiegu;
- 4) nieuprawianie sportu przez 24 godziny po zabiegu;
- 5) delikatne oczyszczanie okolicy mikroimplantu szczoteczką do zębów z miękkim włosiem oraz pastą do zębów;
- 6) w przypadku poluzowania się – zgłoszenie do rejestracji gabinetu zaistniałej awarii w celu umówienia awaryjnej wizyty.

2. ZNIECZULENIE:

Ww. świadczenie powinno być udzielone w znieczuleniu miejscowym, które wykonywane jest za zgodą pacjenta – **polega ono na** podaniu do tkanek w obrębie jamy ustnej środka farmakologicznego, który powoduje blokadę nerwów, odpowiadających za unerwienie danej okolicy. Po podaniu znieczulenia mogą wystąpić objawy niepożądane lub powikłania związane z indywidualną wrażliwością pacjenta. **Do powikłań częstych, mniej groźnych zaliczyć należy:** wrażliwość miejsca po uktuciu, 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. Znieczulenie znosi odczuwanie bólu, jednak czucie dotyku, ucisku czy rozpierania jest zachowane.

3. BADANIE RTG/CBCT:

W trakcie badania lub udzielania ww. świadczenia zdrowotnego może zaistnieć konieczność wykonania zdjęcia rentgenowskiego (badanie radiologiczne). Badanie to jest badaniem obrazowym, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego, które może mieć niekorzystny wpływ na organizm, dlatego dawka promieniowania zredukowana jest do minimum pozwalającego uzyskać poprawny technicznie wynik badania. Badanie to może być wykonane w zakresie: zdjęcia rentgenowskiego okolicy zabiegowej zęba/-ów, zdjęcia rentgenowskiego pantomograficznego, zdjęcia rentgenowskiego tomograficznego.

Ciąża jest względny przeciwwskazaniem do wykonania badania radiologicznego – w ciężkich przypadkach wskazane jest wykonanie zdjęcia. W przypadku konieczności wykonania zdjęcia CBCT bezpieczeństwo zapewnia fartuch ochronny (promieniowanie jest szkodliwe, jednak w przypadku założenia fartucha ochronnego badanie okolicy głowy nie wpłynie na ciążę).

Wszystkie kobiety powinny zgłosić lekarzowi fakt podejrzenia ciąży lub ciąży przed wykonaniem badania radiologicznego. Wszyscy pacjenci powinni zgłosić lekarzowi fakt leczenia onkologicznego przed wykonaniem badania radiologicznego.

Negatywny wpływ promieniowania na zarodek:

Promieniowanie rentgenowskie może, ale nie musi wywołać wiele działań niepożądanych, takich jak w szczególności:

1. zaburzenia rozwoju wielu narządów dziecka, zwłaszcza OUN (ośrodkowy układ nerwowy)
2. długotrwała ekspozycja na szkodliwe promieniowanie wpływa na powstanie nowotworów w późniejszym okresie dzieciństwa (głównie białaczek)
3. poronienie, obumarcie płodu lub niedorozwój umysłowy u narodzonego dziecka.

Udzielenie każdego świadczenia zdrowotnego wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań i/lub skutków niepożądanych – także w przypadku dochowania należytej staranności przez personel udzielający tego świadczenia. Dokładamy wszelkich starań, by zminimalizować ryzyko ich wystąpienia, niemniej żaden lekarz ani podmiot leczniczy nie może zagwarantować ich całkowitego wykluczenia.

Dodatkowe uwagi:

.....

IV. OŚWIADCZENIA PACJENTA:

Oświadczam, że:

- 1) nie jestem ubezwłasnowolniony/a całkowicie;
- 2) udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia według mojej najlepszej wiedzy – zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie zdrowia;
- 3) o wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się pisemnie powiadomić lekarza bez zwłoki;
- 4) zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a, w sposób dla mnie zrozumiały:
 - a) o stanie mojego zdrowia;
 - b) o istocie, sposobie wykonania i celu ww. świadczenia zdrowotnego oraz przeciwwskazaniach do jego wykonania;
 - c) o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony/a z całym przebiegiem proponowanego leczenia;
 - d) o konieczności stosowania się do zaleceń lekarskich pozabiegowych, w tym o konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej (zalecenia zostaną wydane pacjentowi w formie pisemnej informacji);
 - e) o konieczności stosowania ewentualnej zalecanej przez lekarza farmakoterapii;
 - f) w szczególności zostałem poinformowany, że:
 - w przypadku niedostatecznego utrzymania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek, co w konsekwencji może prowadzić do konieczności dodatkowego leczenia;
 - plan leczenia może ulec zmianie, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności – o których pacjent zostanie poinformowany i jeżeli wyrazi na to zgodę;
 - palenie tytoniu ma niekorzystny wpływ na proces gojenia rany;

- po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłoszenia się na wizyty kontrolne w terminie zaleconym przez lekarza;

g) o możliwościach alternatywnego postępowania diagnostycznego oraz leczniczego, które obejmują:

.....
oraz o związanym z tymi metodami ryzyku;

- h) o możliwości zaniechania leczenia i jego konsekwencjach;
- i) o ryzyku wystąpienia skutków niepożądanych i powikłań w trakcie leczenia a także po jego zakończeniu, które opisano szczegółowo w pkt III niniejszego formularza;
- j) zasadności informowania lekarza o wszystkich niepokojących objawach, w tym w szczególności o powikłaniach i skutkach niepożądanych;
- k) o możliwości zadania pytań i zgłaszania wątpliwości personelowi medycznemu w zakresie ww. leczenia;

- 5) zgłosiłem/am personelowi medycznemu wszystkie wątpliwości i zadałem/am wszystkie nurtujące mnie pytania dotyczące ww. leczenia oraz uzyskałem/am zrozumiałe wyjaśnienia i odpowiedzi;
- 6) rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty ww. leczenia nie są zagwarantowane;
- 7) mam świadomość, iż mogę w każdej chwili cofnąć zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego;
- 8) zapoznałem/am się z treścią niniejszego dokumentu, w pełni ją rozumiem i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.

V. ZGODA PACJENTA.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie następujących świadczeń zdrowotnych :
(proszę zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim miejscu)*

wprowadzenie mikroimplantu ortodontycznego

znieczulenie

badanie RTG/CBCT

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

.....
data i czytelny podpis pacjenta

VI. INFORMACJA W ZAKRESIE WARUNKÓW REALIZACJI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

- 1) PRZEWIDYWANE KOSZTY LECZENIA:
- 2) WARUNKI PŁATNOŚCI: Płatność zostanie uiszczona po wykonaniu leczenia.
- 3) OŚWIADCZENIA PACJENTA: Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:
 - 1. zostałem/am zapoznany/a z warunkami płatności i w pełni je akceptuję;
 - 2. zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku niewygojenia się implantu lekarz może podjąć próbę ponownego zabiegu implantacji, jeżeli warunki i stan zdrowia pacjenta będą na to pozwalać (pod warunkiem uzyskania zgody pacjenta). Powtórny zabieg wprowadzenia implantu będzie wówczas bezpłatny (tj. bezpłatny nowy implant oraz usługa jego wprowadzenia) – pacjenta obciążać będzie natomiast koszt wizyty kontrolnej z aparatem oraz wszystkie inne koszty niezwiązane z ww. zabiegiem. Powtórne wprowadzenie mikroimplantu może odbyć się maksymalnie 2-krotnie – jeśli nadal nie dojdzie do jego wgojenia, niezbędna może być modyfikacja całego planu leczenia pacjenta;
 - 3. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że koszty dojazdu do gabinetu ponosi pacjent;
 - 4. rozumiem, że w przypadku zmiany zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego, kwota ustalonych wstępnie przewidywanych kosztów leczenia (pkt VI ppkt 1) może ulec zmianie;
 - 5. mam świadomość, że powodzenie przeprowadzonego leczenia i jego rezultaty są w dużej mierze zależne od przestrzegania przeze mnie zaleceń lekarza i zobowiązuję się ich przestrzegać, w tym regularnie odbywać wizyty kontrolne i higienizacyjne.

.....

(data, podpis pacjenta)

VII. ZGODA NA UJAWNIE NIE TAJEMNICY LEKARSKIEJ.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na ujawnienie tajemnicy lekarskiej dot. ww. leczenia w zakresie obejmującym okazanie lub publikację, **w sposób uniemożliwiający identyfikację mojej osoby**, zdjęć RTG/CBCT oraz dokumentacji fotograficznej w celach: edukowania innych pacjentów (okazanie poglądowe fragmentów dokumentacji medycznej), szkolenia personelu, marketingu (informowania o udzielanych świadczeniach zdrowotnych). Zobowiązuję się nie wnosić roszczeń z ww. tytułu. Mam świadomość, że zgodę mogę cofnąć w każdym czasie, bez negatywnych konsekwencji z tego powodu.

.....

(data, podpis pacjenta)