

ZGODA WŁASNA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE ZĘBA LUB ZĘBÓW

(dotyczy Pacjentów pełnoletnich zdolnych do świadomego wyrażenia zgody).

Pacjent:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:.....

PESEL:Tel.....

e-mail

INFORMACJE DLA PACJENTA:

Istota leczenia: Leczenie protetyczne pozwala na odtworzenie utraconych zębów lub zniszczonych struktur zęba. Pozwala to na uzyskanie zbliżonych do naturalnych warunków zgryzowych i zapobiega pogłębianiu się zmian, które następują w wyniku braku nawet pojedynczego zęba lub wyeliminuje ich następstwa. Zabiegi te mają na celu odtworzenie funkcji i estetyki uzębienia. Utracone struktury mogą być odbudowane przy użyciu: koron, licówek, wkładów koronowo – korzeniowych, uzupełnień protetycznych opartych na implantach, mostów (uzupełnienia stałe), protez (uzupełnienia ruchome) lub protez kombinowanych (protezy ruchome połączone z uzupełnieniami stałymi za pomocą zasuw, zatrasków, rygli lub koron teleskopowych). Uzupełnienia stałe są trwale zamocowane w ustach Pacjenta, uzupełnienia ruchome powinny być wyjmowane przez Pacjenta w celu wykonania zabiegów higienicznych oraz na czas nocnego odpoczynku (jeżeli lekarz tak zaleci). Uzupełnienia ruchome mogą po zamocowaniu w ustach wykazywać ruchomość podczas jedzenia i wykonywania ruchów parafunkcyjnych (zgrzytania, zaciskania nocnego).

Zaniechanie leczenia protetycznego skutkuje przemieszczaniem się i pochylaniem zębów otaczających lukę. Skutkiem tego jest zmiana osi obciążenia zęba, co powoduje jego przeciążenie, utrudnia zabiegi higieniczne oraz zwiększa ryzyko choroby przyzębia prowadząc nawet do jego utraty lub konieczności leczenia endodontycznego. Ząb znajdujący się nad lub pod luką (dotyczy zębów górnych jak i dolnych) ulega biernemu wyrzynaniu. Powoduje to zaburzenia zgryzowe (tzw. węzeł urazowy), utrudnia późniejsze leczenie protetyczne oraz zwiększa ryzyko utraty tego zęba. Obecność braków zębowych powoduje nierównomierny rozkład sił generowanych w czasie żucia – przeciążenie istniejącego uzębienia. Objawami przeciążenia mogą być pęknięcia lub odłamania szkliwa, koron lub korzeni, rozchwianie zębów, recesje dziąseł (ucieczka dziąsła z zęba) oraz dolegliwości ze strony stawu skroniowo – żuchwowego.

Zaniechanie leczenia protetycznego może wiązać się z trwałą zmianą wyglądu estetycznego dolnego odcinka twarzy – zaburzenie proporcji twarzy, pogłębienie bruzd nosowo – wargowych, bruzdy bródkowo – wargowej oraz przebudową stawu skroniowo – żuchwowego (postarza). Wieloletnie zaniechanie wykonania odbudowy protetycznej utrudnia (a czasem wręcz uniemożliwia) uzyskanie zadowalających efektów estetycznych i funkcjonalnych też wiąże się z trudniejszym i dłuższym okresem adaptacji do uzupełnień protetycznych. Zaniechanie leczenia wiąże się też z większym ryzykiem powikłań przyszłego leczenia oraz zazwyczaj wymaga dodatkowych bardzo specjalistycznych i kosztownych zabiegów medycznych.

PRZYGOTOWANIE DO LECZENIA PROTETYCZNEGO:

Integralną częścią leczenia jest wstępna kontrola i ewentualne leczenie zachowanego uzębienia.

Przygotowanie polega na:

- kontrolnym badaniu RTG (pantomogram, czasami 3D)
- ewentualnym leczeniu próchnicy lub miazgi (leczenie kanałowe)
- ewentualnym usunięciu zębów niekwalifikujących się do leczenia
- usunięciu złogów i osadów nazębnych
- wprowadzeniu odpowiednich nawyków higienicznych
- niekiedy dodatkowo konieczne jest przed protetyczne leczenie chirurgiczne (wycięcie przerośniętej błony śluzowej, wyrównanie kości wyrostka, pogrubienie dziąsła w okolicy filarów protetycznych), a także leczenie ortodontyczne.

Leczenie protetyczne może wymagać zdjęcia dotychczas używanych koron, mostów lub wkładów koronowo – korzeniowych zanim lekarz będzie mógł wykonać nowe uzupełnienia protetyczne. Należy liczyć się z tym, iż jest to procedura nieodwracalna i najczęściej łączy się ze zniszczeniem uzupełnienia stałego. W trakcie zabiegu lekarz przecina lub zbija koronę/ most z zęba. Powoduje to dyskomfort, a w trakcie zabiegu może dojść do: ukruszenia zęba lub materiału znajdującego się pod koroną; złamania zęba; zwichnięcia zęba; usunięcia zęba rozchwianego; nieumyślnego usunięcia miazgi co prowadzi do konieczności leczenia kanałowego(endodontycznego). Wymienione powikłania mogą powodować zmianę koncepcji pracy protetycznej lub wykonania dodatkowych czynności, co podwyższa koszt leczenia.

KORONY: Wykonanie korony protetycznej łączy się z koniecznością oszlifowania zęba – zostanie on pomniejszony o grubość jaką będzie zajmowała przyszła korona – jest to zabieg nieodwracalny. W czasie szlifowania może dojść do obnażenia miazgi, wtedy konieczne będzie przeprowadzenia leczenia kanałowego i zastosowanie wkładu koronowo – korzeniowego. Po oszlifowaniu pobierany jest wycisk, a także dobranie koloru przyszłej korony. Ząb zostaje najczęściej zaopatrzony koroną tymczasową, która na jednej z kolejnych wizyt zostanie zastąpiona ostateczną koroną wykonaną w laboratorium protetycznym. Jeżeli korona wykonana jest na żywym zębie, z czasem może dojść do jego obumarcia- konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego, co łączy się z naruszeniem korony i koniecznością jej wymiany na nową. Korony protetyczne mogą być również osadzone na implantach.

LICÓWKI: To uzupełnienia estetyczne, mocowane do zębów na powierzchniach wargowych lub policzkowych w postaci cienkich płatków z porcelany. Pozwalają między innymi na: zakrycie estetycznych niedoskonałości, korektę estetyczną kształtu zęba poprzez jego wydłużenie, skrócenie, poszerzenie lub zwężenie, odbudowę częściowo utraconego zęba, korektę położenia zęba w łuku (w przypadku niewielkich nieprawidłowości w postaci wychylenia lub rotacji zęba), zamknięcie szpar między zębami, a także zmiany koloru. Założenie licówek wiąże się z koniecznością oszlifowania zewnętrznej powierzchni korony zęba na grubość licówki i cementowania – jest to zabieg nieodwracalny. Ryzyko i procedura jest podobna jak w przypadku koron.

NAKLADY: To uzupełnienia protetyczne na powierzchniach żujących zębów zastępujące rozległe wypełnienia lub uzupełniające brakujące struktury zęba wtedy, gdy zniszczenie korony nie wymaga wykonania jeszcze korony protetycznej. Wykonywane są z porcelany i przyklejane są do przygotowanej odpowiednio płaszczyzny zęba (odpowiednie oszlifowanie fragmentu korony)

MOST: Odbudowę tę wykonuje się w celu odbudowy utraconego zęba lub zębów. Sztuczna korona zęba dowieszona jest pomiędzy zębami własnymi Pacjenta ograniczającymi miejsce brakującego zęba. Zęby te- tzw. filary wymagają oszlifowania (przygotowania pod korony protetyczne) lub wykonania leczenia kanałowego i wkładów koronowo – korzeniowych, a

następnie oszlifowania pod korony. Reasumując aby odbudować brak 1 zęba konieczne jest wykonanie trzelementowej odbudowy – 2 zęby filarowe + przęsło mostu = korona odbudowująca utracony ząb. Może istnieć konieczność wykonania rozleglejszych (wielopunktowych) mostów w zależności od ilości i rozmieszczenia braków zębowych. Niebezpieczeństwo powikłań jest takie samo jak przy wykonywaniu koron protetycznych lub wkładów koronowo – korzeniowych. Filarem dla mostu może być również implant.

MOSTY ADHEZYJNE: w celu uniknięcia konieczności szlifowania często zdrowych tkanek zęba, w przypadku pojedynczych braków zębowych, szczególnie w odcinku przednim, można zastosować system mostów adhezyjnych, które przy użyciu materiału kompozytowego są przytwierdzone do powierzchni językowych (wewnętrznych) zębów sąsiadujących po ich wcześniejszym wytrawieniu. Most adhezyjny może się odkleić w przypadku słabych warunków klinicznych (zbyt krótkie zęby sąsiednie, mało miejsca w zgryzie) lub w sytuacji nie przestrzegania zasad dotyczących obciążania mechanicznego. Zła higiena jamy ustnej może prowadzić do próchnicy w miejscach bezpośrednio przylegających do mostu adhezyjnego. Mosty adhezyjne mają krótszą trwałość od mostów tradycyjnych.

WKŁADY KORONOWO – KORZENIOWE: wykonanie wkładu koronowo – korzeniowego zalecane jest w przypadku znacznego zniszczenia korony zęba. Niezbędne do tego jest uprzednie przeprowadzenie leczenia kanałowego (endodontycznego). Część materiału wypełniającego kanał zostanie usunięta i zastąpi ją struktura wkładu, na bazie którego zostanie odbudowany ząb korony, cała struktura pokryta będzie wykonaną w pracowni protetycznej koroną.

Niezależnie od metody leczenia wkład korzeniowo – korzeniowy może być osadzony na tej samej wizycie co leczenie kanałowe lub też konieczne będzie pobranie wycisku i wkład wykonywany w laboratorium protetycznym zostanie osadzony podczas kolejnej wizyty. Podczas usuwania materiału wypełniającego kanał istnieje ryzyko perforacji (przedziurawienia) ściany korzenia – konieczny będzie, wtedy zabieg zamknięcia perforacji, a w razie niepowodzenia, ekstrakcja zęba. Po wykonaniu wkładu koronowo – korzeniowego przystępuje się do wykonania korony protetycznej lub mostu.

IMPLANTY ZĘBOWE: to tytanowe elementy zastępujące korzeń brakującego zęba, umieszczone bezpośrednio w kości. Górna część widoczna w dziąśle stanowi podstawę nośną dla uzupełnienia protetycznego imitującego ząb (korona) lub jest filarem uzupełnienia stałego (mostu) lub uzupełnienia ruchomego, które pozwalają na odtworzenie warunków zgryzowych po utracie lub braku zęba/ zębów. Wszczepienie implantu jest zabiegiem chirurgicznym i niekiedy wymaga dodatkowego leczenia i przygotowania chirurgicznego podłoża (kości wyrostka zębodołowego). Implantacja wymaga odrębnych wyjaśnień i odrębnej zgody Pacjenta.

PROTEZY: W zależności od ilości brakujących zębów są protezy całkowite (kiedy Pacjent nie ma własnych zębów) lub częściowe (kiedy zachowana jest część uzębienia). W zależności od wskazań leczniczych i sugestii Pacjenta proteza może być wykonana z różnych materiałów: akrylu; metalu i akrylu; acetalu; nylonu, peeku. Proteza może utrzymywać się jedynie poprzez kontakt z błoną śluzową (proteza osiadająca), lub wykorzystywać zachowane zęby – przenosząc na nie część działających sił – proteza szkieletowa. Niezależnie od typu protezy ich wykonanie wymaga kilku wizyt. Po oddaniu gotowej protezy mogą wystąpić dolegliwości bólowe, które ustąpią pod wpływem korekty lub kilku korekt wykonanych przez lekarza. W zależności od wskazania lekarza protezy mogą wymagać wyjmowania z ust na czas nocnego odpoczynku, oraz wykonywania odpowiednich zabiegów higienicznych. Zęby, na których są podparcia protez ruchomych narażone są na szybsze ścieranie ich powierzchni przez klamry protetyczne dlatego powinny być pokrywane lakierami wzmacniającymi ich strukturę kilka razy do roku lub można wykonać na nie korony protetyczne je wzmacniające.

PO ZAKOŃCZENIU LECZENIA PACJENT JEST ZOBOWIĄZANY DO WIZYT KONTROLNYCH WRAZ ZE ZDJĘCIAMI RTG W TERMINACH ZALECANYCH PRZEZ LEKARZA.

Jednorazowe leczenie protetyczne nie wystarcza na całe życie.

W każdym przypadku wymaga okresowej kontroli oraz ewentualnych korekt i zmian, m.in. z uwagi na: zmiany zachodzące w organizmie Pacjenta (wiek, stan zdrowia, braki w uzębieniu, postępujący zanik kości i tkanek miękkich), zużycie materiałów, niewłaściwa higiena. Wyżej wymienione korekty i zmiany są konieczne m. in. ze względów: zdrowotnych w tym zachowania funkcji leczenia protetycznego, estetyki i fonetyki oraz związane są z kosztami poniesionymi przez pacjenta.

Niekorzystne następstwa leczenia protetycznego to m.in.:

1. W przypadku uzupełnień opartych na własnych zębach Pacjenta, konieczne jest oszlifowanie zębów wspierających uzupełnienie (filarów), korony zostaną pomniejszone o grubość przyszłego uzupełnienia protetycznego – jest to zabieg nieodwracalny. Na oszlifowane zęby będą założone korony lub licówki.
2. Po oddaniu gotowej protezy mogą wystąpić dolegliwości bólowe, które ustąpią pod wpływem korekty lub kilku korekt wykonanych przez lekarza, co wymaga od Pacjenta zgłaszania się na dodatkowe wizyty u lekarza.
3. W okresie dopasowania uzupełnienia mogą wystąpić dolegliwości bólowe jamy ustnej i głowy, wrażenie braku miejsca na język, trudności podczas mówienia i jedzenia, odleżyny. Może to trwać nawet do kilku tygodni.
4. Leczenie wymaga kilkukrotnych wizyt.

Niezależnie od powyższego, leczenie protetyczne związane jest z ryzykiem oraz mogą wystąpić powikłania m.in.:

1. W czasie szlifowania może dojść do obnażenia miazgi, wtedy konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego i ewentualne zastosowanie wkładu koronowo – korzeniowego, co wiąże się z dodatkowymi kosztami.
2. Jeżeli korona lub licówka wykonana jest na żywym zębie, z czasem może dojść do jego obumarcia – konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego co łączy się z naruszeniem korony i koniecznością wymiany jej na nową.
3. W przypadku stosowania wkładów koronowo – korzeniowych, podczas usuwania materiału wypełniającego kanał istnieje ryzyko perforacji (przedziurawienia) ściany korzenia – konieczny będzie wtedy zabieg zamknięcia perforacji a w razie niepowodzenia, ekstrakcja zęba.
4. Ból zęba oraz tkanek otaczających przaz głowy, podwyższona temperatura, złe samopoczucie, alergia na zastosowane leki, zaostrzenie współistniejących schorzeń, dyskomfort oraz stres powodowany bólem, konieczność przyjmowania leków (mających wpływ na samopoczucie, możliwość kierowania pojazdem, a także powikłania dla kobiet w ciąży).
5. Szczękościsk.

6. Pęknięcie, złamanie zęba.
7. Obrzęk, ropień, krwihak.
8. Krwawienie po ewentualnym zabiegu chirurgicznym.
9. Problemy natury estetycznej.
10. Problemy z jedzeniem i mówieniem.
11. Nieprzewidziane wcześniej leczenie kanałowe.
12. Nieplanowana ekstrakcja zęba i dodatkowe leczenie protetyczne.
13. Zdarza się, że organizm Pacjenta nie toleruje protezy lub protezy nie wytrzymują sił zgryzowych, wtedy konieczne jest zastosowanie innych metod leczniczych i poniesienie dodatkowych nieplanowanych kosztów.
14. Ewentualne powtórne leczenie protetyczne wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań i kosztami, a także z ograniczeniem co do zastosowania możliwości rozwiązań i metod leczenia oraz większymi trudnościami w uzyskaniu zadowalającego dla Pacjenta efektu.

WIELE STANÓW CHOROBYCH JAK I PRZYJMOWANYCH LEKÓW MOŻE WPLYNAĆ NA PRZEBIEG ZABIEGU. Z TEGO POWODU PRZED WYKONANIEM LECZENIA KONIECZNE JEST SZCZEGÓLOWE POINFORMOWANIE LEKARZA O STANIE ZDROWIA.

Pacjent informuje lekarza.

Przeciwwskazania: Prosimy o sprawdzenie czy występują u Pani/ Pana którekolwiek z poniższych przeciwwskazań. Jeżeli tak, to prosimy o **podkreślenie** lub **otoczenie** danego przeciwwskazania i **dodatkowe ustne poinformowanie o nim lekarza.**

Przeciwwskazania do uzupełnienia ruchomego	Przeciwwskazania do uzupełnienia stałego
<ul style="list-style-type: none"> • Uczulenia na tworzywo z którego wykonane jest uzupełnienie protetyczne (w tym przypadku należy powiadomić lekarza nawet o podejrzeniu uczulenia przed wykonaniem pracy). • Zła adaptacja do poprzednich rozwiązań protetycznych. • Głębokie upośledzenie fizyczne i psychiczne. • Padaczka 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacjent w wieku rozwojowym. • Uczulenia na tworzywo z którego wykonane jest uzupełnienie protetyczne. • Zła adaptacja do poprzednich rozwiązań protetycznych. • Choroby nowotworowe w obrębie głowy i szyi. • Toczący się proces nowotworowy w miejscu planowanego użyczenia.

Rekomendowany przez lekarza zakres leczenia/ rekomendowane rozwiązania:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Koszt rekomendowanego rozwiązania:

zł/słownie:

.....

Zaakceptowany przez pacjenta zakres leczenia i rozwiązania:

.....
.....
.....

Wizyty kontrolne: Po wykonaniu uzupełnienia protetycznego Pacjent powinien zgłaszać się na kontrolę i korektę pracy zaraz po jej oddaniu i następujące po nich wizyty kontrolne (płatne) co 6 miesięcy lub w czasie określonym przez lekarza.

Pacjent oświadcza:

1. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny o celu i konieczności oraz możliwościach leczenia protetycznego zęba/ zębów, a także o istocie zabiegu i normalnych następstwach zabiegu oraz możliwości wystąpienia powikłań i ewentualnej konieczności dodatkowego leczenia.
2. Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałam/em i zrozumiałam/em, uzyskałam/em również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałam/em poinformowana/y o alternatywnych możliwościach leczenia, ich wadach, zaletach i ich ryzyku, z zaniechaniem leczenia włącznie. Miałam/em możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałam/em 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

planowanego wcześniej leczenia (zmiany metody leczenia lub poszerzenie lub zmniejszenie 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 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 zastosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza.
6. **Rozumiem, że wyżej opisane zaakceptowane i zaplanowane leczenie odnosi się wyłącznie do aktualnego stanu mojego zdrowia i uzębienia oraz jest związane z precyzją w planowaniu, dopasowaniu i wykonaniu pracy protetycznej.** W przypadku zwłoki z leczeniem protetycznym, lub jego przerwaniu w trakcie, mogą zmienić się warunki mojego zdrowia i uzębienia, m.in. mogą nastąpić minimalne samoistne przesunięcia zębów, które uniemożliwiają wykorzystanie wcześniej przygotowanych materiałów i prac protetycznych. Zwłoka lub przerwa w leczeniu powoduje, że wszystkie prace będą musiały być wykonane od początku. **W przypadku zwłoki, lub przerwania leczenia, z przyczyn leżących po mojej stronie (Pacjenta), zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonanych wcześniej prac oraz ponownego leczenia protetycznego.**
7. **W przypadku różnic między rekomendowanym a zaakceptowanym / wybranym przez PACJENTA zakresem leczenia, oświadczam, że zostałam/łem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z brakiem zgody na rekomendowany zakres leczenia.**
8. Niniejszym, zgodnie z art. 31-35 ustawy z 5 grudnia 1996r. O zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. Z 5005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami) oraz art. 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. O prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Z 2009r. Nr 52, poz. 417. Nr 76, poz. 641 z późniejszymi zmianami) wyrażam zgodę na wykonanie leczenia protetycznego przez:

(imię i nazwisko lekarza)

.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza stomatologa

.....
data, **czytelny** podpis Pacjenta

