

Pacjent:PESEL.....

Adres:telefon.....

Rodzaj zabiegu operacyjnego: zabieg przygotowujący do implantacji lub wprowadzenie wszczepów stomatologicznych.

1. W dniu po konsultacji specjalistycznej w..... i uzyskaniu wyczerpujących informacji dotyczących metod leczenia protetycznego, wyrażam zgodę na zabieg operacyjny w celu przygotowania tkanki kostnej przed implantacją lub wykonania wszczepów pod uzupełnienia protetyczne. Zostałem/am poinformowany/a o technice samego zabiegu i szczegółowo zaznajomiony/a z całym przebiegiem proponowanego leczenia i jego kosztach.

2. Zabieg chirurgiczny wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym / sedacji / narkozie.

3. A. wizyty kontrolne po zabiegu odbywają się wg schematu:

a) 7 - 10 dzień po zabiegu (usunięcie szwów),

b) 10 –14 dzień po zabiegu (dopasowanie protez lub wykonanie tymczasowych uzupełnień)

c) następne wizyty kontrolne co 4-8 tygodni przez okres gojenia, który w przypadku żuchwy wynosić może 2-4 miesiące, a w przypadku szczęki 3-10 miesięcy,

3. B. wizyty kontrolne w pierwszych 2 latach po zainstalowaniu uzupełnienia protetycznego odbywają się co 3-6 miesięcy, w kolejnych latach co 12 miesięcy.

4. Ostateczną decyzję o założeniu implantów lekarz podejmuje dopiero podczas zabiegu chirurgicznego, po odsłonięciu kości, ponieważ ilość i jakość kości może okazać się niewłaściwa do założenia implantu, co nie zawsze można stwierdzić na podstawie badania rtg. W trakcie zabiegu może również ulec zmianie wcześniej opracowany plan leczenia – ilość wszczepów zaplanowanych do implantacji może zostać zmieniona. Przy niedostatecznej ilości tkanki kostnej przykrywającej implant, może być potrzebna dodatkowa odbudowa wyrostka kostnego z wykorzystaniem preparatów – substytutów kostnych, umożliwiających regenerację kości. W wymagających przypadkach może zaistnieć potrzeba dodatkowych zabiegów rekonstrukcyjnych w tym przeszczepu tkanki kostnej w ramach prowadzonego zabiegu implantacji lub poprzedzających zabieg implantacji, który zostanie wykonany w terminie późniejszym po 3-4 miesiącach. Czasami zabieg implantacji wymaga otwarcia zatoki szczękowej lub jamy nosowej.

5. W trakcie zabiegu chirurgicznego lub zaraz po nim mogą wystąpić komplikacje: stany zapalne, obrzmienia, krwawienia, oderwanie się płata, uraz nerwu zębodołowego dolnego –uczucie zdrętwienia dolnej wargi (regeneracja nerwu w skrajnych przypadkach może trwać nawet 9 miesięcy). Wyjątkowo sporadycznie może dojść do trwałego uszkodzenia nerwu co może skutkować trwałym zaburzeniem czucia w obrębie dolnej wargi. Bardzo rzadko zdarzają się stany zapalne zatok szczękowych lub jamy nosowej wymagające dalszego leczenia.

W wyjątkowym przypadku może zaistnieć sytuacja nie przyjęcia się implantu. Stwierdza się wówczas jego ruchomość w okresie wgajania i implant musi być usunięty. Równie rzadko zdarzają się sytuacje odczynów zapalnych wokół implantu wymagających dalszego leczenia pozwalającego jednak na zachowanie implantu i jego obciążenie uzupełnieniem protetycznym.

6. Oświadczam, że będę przestrzegał/a wszystkich zaleceń pooperacyjnych a o wszystkich powikłaniach lub komplikacjach natychmiast poinformuję lekarza. Po zapoznaniu się z treścią powyższego dokumentu, wyrażam zgodę na zabieg chirurgiczny.

Data

Podpis pacjenta