



### ZGODA NA LECZENIE KANAŁOWE

**Pacjent:** ..... PESEL/data urodzenia: .....  
Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) **wyrażam zgodę na leczenie endodontyczne zęba:** .....

Rozpoznanie: .....

Rokowanie: dobre / ostrożne / złe Wymagana odbudowa protetyczna zapobiegająca pęknięciu: TAK / NIE

Akceptuję ustalony plan leczenia i kosztorys:

- Odbudowa zęba pod koferdam .....zł
- Rozcięcie starej korony protetycznej .....zł
- Usunięcie złamanego narzędzia .....zł
- Usunięcie starego wkładu koronowo – korzeniowego .....zł
- Leczenie kanałowe (pierwotne/powtórne) .....zł
- Zamknięcie perforacji .....zł
- Odbudowa zęba wypełnieniem kompozytowym .....zł
- Wkład koronowo – korzeniowy z włókna szklanego .....zł
- Korona protetyczna .....zł
- .....zł
- Odwołanie umówionej wizyty na mniej niż 24 godz. przed wyznaczonym terminem, za każde 30 min. zarezerwowanego czasu pracy gabinetu .....80 zł

Mam świadomość, że w wyniku leczenia kanałowego, mimo największej staranności lekarza, może dojść do niezamierzonych i niebędących błędem w sztuce **powikłań**, takich jak:

- Pęknięcie korzenia lub korony leczonego zęba – w zależności od głębokości złamania konieczna będzie odbudowa protetyczna, czasem poprzedzona zabiegiem chirurgicznym lub ząb trzeba będzie usunąć
- Złamanie narzędzia w kanale korzeniowym lub poza wierzchołkiem korzenia skutkujące niemożnością wyjąłowania kanałów - konieczna będzie resekcja korzenia lub usunięcie zęba
- Perforacja zęba nienadająca się do zamknięcia – może być konieczna resekcja korzenia lub usunięcie zęba
- Przepchnięcie poza wierzchołek korzenia (do kości lub innych struktur anatomicznych) płynów płuczących lub materiału wypełnieniowego - może skutkować silnym obrzękiem, krwakiem i bólem, zapaleniem zatok szczękowych lub porażeniem czucia, oraz koniecznością przyjmowania leków przeciwzapalnych i antybiotyku, może być konieczna interwencja chirurgiczna
- Uczulenie na zastosowane środki lecznicze lub znieczulające - może wystąpić obrzęk, wysypka, zagrażający życiu wstrząs uczuleniowy, konieczne będzie przyjmowanie leków przeciwalergicznych
- Zaostrzenie przewlekłego stanu zapalnego (ropień, przetoka) - trzeba będzie przyjmować leki przeciwzapalne i antybiotyk, czasem konieczna jest interwencja chirurgiczna
- Pozostanie stanu zapalnego mimo prawidłowego leczenia kanałowego - należy ząb ponownie przeleczyć kanałowo, wykonać resekcję korzenia lub usunąć
- Wystąpienie bólu okołozabiegowego – konieczne będzie przyjmowanie leków przeciwbólowych
- Wystąpienie (bardzo rzadko) przetrwałego, chronicznego bólu pozabiegowego, (tzw. persistent pain) - konieczne będzie długoczasowe przyjmowanie leków przeciwbólowych i neurologicznych
- Porażenie nerwu czuciowego (bardzo rzadko) unerwiającego okolice zęby, wargę, język i dąsłko – może skutkować przemijającym lub trwałym zaburzeniem czucia

Mam świadomość, że zaniechanie leczenia kanałowego wiąże się z pozostawieniem w organizmie ogniska zapalnego, które może doprowadzić do wystąpienia ropnia, zagrażającej życiu sepsy lub stanów zapalnych innych organów (jak np. serce, nerki, oczy). Wyrażam zgodę na wykonanie niezbędnych zdjęć rentgenowskich. Po sześciu miesiącach od zakończenia leczenia a następnie raz w roku przez cztery lata wykonam kontrolne zdjęcie radiologiczne zęba. Oświadczam, że znam i rozumiem przebieg, celowość, następstwa i możliwe powikłania leczenia kanałowego. Lekarz udzielił odpowiedzi na wszystkie moje pytania.

Data: .....

Podpis pacjenta: ..... Podpis lekarza: .....