

(pieczęć nagłówkowa placówki)

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ORTODONTYCZNE wg zaleceń Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego

Nazwisko, imię:	Data ur.
Adres:	PESEL:

Opis proponowanego leczenia ortodontycznego

.....

Opis możliwych powikłań w trakcie i po zakończeniu leczenia ortodontycznego.

- 1. Próchnica zębów i odwapnienia.** Aparaty ortodontyczne nie powodują próchnicy, są jednak miejscem dodatkowej retencji resztek pokarmu i płytki nazębnej. Nieprawidłowa higiena może powodować zwiększone ryzyko próchnicy i odwapnień (białe plamy). Noszenie aparatu stałego nie zwalnia pacjenta zarówno z obowiązku regularnego wykonania zabiegu czyszczenia u higienistki jak i przeglądów u stomatologa co 6 miesięcy.
- 2. Obrzęk dziąseł i choroby przyzębia.** Problemy z przyzęciem mogą pojawić się na każdym etapie leczenia ortodontycznego, a najczęściej spowodowane są niedostateczną higieną. Może je wywołać również specyficzna flora bakteryjna i obciążenie genetyczne. W takim wypadku konieczna jest wizyta u periodontologa i kontrole co 3-6 miesięcy. Pacjent z chorym przyzęciem może być leczony aparatem stałym, lecz powinno się to odbywać wyłącznie w okresie remisji choroby. Aktywna choroba przyzębia jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do leczenia ortodontycznego. Choroba przyzębia pojawia się bardzo rzadko. Najczęściej występuje proste zapalenie dziąsła (obrzęk i krwawienie), które mija natychmiast po wdrożeniu prawidłowej higieny.
- 3. Skrócenie korzeni zębów (resorpcja).** Podczas leczenia może dochodzić do skrócenia korzeni zębów o różnym nasileniu. Niestety nie można przewidzieć, których pacjentów może dotyczyć ten problem. Proces ten jest uwarunkowany genetycznie. Każde leczenia ortodontyczne obarczone jest nieznaczną resorpcją korzeni i nie powoduje żadnych negatywnych następstw. Wyłącznie agresywne skracanie się korzenia zęba jest wskazaniem do przerwania leczenia. Należy wiedzieć, że w pojedynczych przypadkach może dochodzić do samoistnego skrócenia korzeni zębów, u osób nie leczonych ortodontycznie. Do kontroli postępów leczenia może być konieczne powtórne wykonanie zdjęć radiologicznych.
- 4. Czas leczenia.** Czas leczenia zależy od wielu czynników: nasilenia wady, potencjału wzrostu i wieku pacjenta oraz jego współpracy. Średni czas aktywnego leczenia ortodontycznego wynosi 2 lata +/- 6 m-cy i może ulec wydłużeniu, jeśli wystąpi nieprzewidziany niekorzystny wzrost, jeśli sprowadzane są zęby zatrzymane lub leczone są ciężkie wady morfologiczne. Modyfikację czasu leczenia może spowodować również

indywidualna różna podatność tkanek pacjenta (kości i tkanek miękkich) na zastosowane siły ortodontyczne. Podany czas obejmuje wyłącznie leczenie aktywne. Następnie wymagany jest okres retencji (często wieloletni). Znaczne wydłużenie czasu leczenia następuje w przypadku braku współpracy ze strony pacjenta tj. nieterminowego zgłaszania się na wizyty, odklejania zamków, mechanicznych uszkodzeń aparatu, nienoszenie wyciągów międzyszczękowych.

- 5. Stawy skroniowo-żuchwowe.** Bóle w stawie skroniowo-żuchwowym mogą wystąpić bez lub podczas leczenia ortodontycznego. Najczęściej wywołuje nadmierne zaciskanie i zgrzytanie zębami. Dolegliwości mogą spowodować również stany pourazowe, reumatoidalne zapalenie stawów, wrodzone skłonności do zaburzeń w stawach. Częściej dotyczą płci żeńskiej. Dolegliwości ze strony s.s.ż. występują u pacjentów w wieku 9-30 lat, co pokrywa się z okresem leczenia ortodontycznego. Pojawiające się dolegliwości należy natychmiast zgłosić ortodontyce, gdyż mogą wymagać konsultacji ze specjalistą.
- 6. Urazy spowodowane aparatami ortodontycznymi.** W trakcie leczenia mogą wystąpić uszkodzenia tkanek twardych i miękkich jamy ustnej. Szczególnie w pierwszych dobach po założeniu aparatu na języku i policzkach mogą pojawić się drobne otarcia (dolegliwościom może zapobiec użycie wosku ortodontycznego). Dolegliwości te znikają po okresie adaptacji i nie mają znaczenia praktycznego. Podczas zdejmowania aparatu ortodontycznego może dojść do uszkodzenia szkliwa i wszelkiego rodzaju uzupełnień.
- 7. Nawroty.** Zakończone leczenie ortodontyczne nie gwarantuje idealnie prostych zębów do końca życia. W celu utrzymania pozycji zębów wymagane jest noszenie aparatów retencyjnych zgodnie z zaleceniami ortodonta (płytki retencyjne w łuku górnym, retyner w łuku górnym i dolnym). Mimo to zmiany ustawienia zębów mogą wystąpić z przyczyn naturalnych jak nawyki: tłoczenie języka, oddychanie przez usta oraz wzrost i starzenie się a także z braku regularnych kontroli retencji. Niewielkie stłoczenia, szczególnie siekaczy dolnych, pojawiają się z czasem i często muszą być zaakceptowane.
- 8. Alergia.** U pacjentów z uczuleniami objawy alergiczne mogą ujawnić się podczas leczenia ortodontycznego w odpowiedzi na wzrost stężenia jonów niklu, chromu, miedzi pochodzących z aparatu ortodontycznego. Reakcje alergiczne mogą wystąpić również po kontakcie z akrylem, lateksem. Z reguły w/w reakcje objawiają się w postaci miejscowego odczynu alergicznego: zapalenie jamy ustnej, utrata smaku lub metaliczny posmak, uczucie drętwienia, uczucie pieczenia, różnego stopnia przerostowe zapalenie dziąseł przy braku obecności płytki nazębnej. W przypadku wystąpienia w/w objawów należy poinformować lekarza prowadzącego.

Opis postępowania w trakcie i po zakończonym leczeniu ortodontycznym.

Po założeniu aparatu stałego wizyty kontrolne odbywają się raz w miesiącu (średnio co 4-5 tygodni) podczas których lekarz modyfikuje aparat, wymieniające się łuki, stymuluje jego działanie w sposób kontrolowany. Po aktywnej fazie leczenia gdy efekt jest osiągnięty następuje decyzja o zdjęciu aparatu i pacjent przechodzi z fazy aktywnej w bierną fazę czyli w tzw. retencję (okres utrzymania efektu po leczeniu ortodontycznym). Pacjent otrzymuje aparaty retencyjne zgodnie z planem leczenia (górną płytkę retencyjną, retyner w górnym, dolnym łuku zębowym przyklejony od wewnętrznej powierzchni zębów). Płytki noszone są dzień i noc, później czas jej noszenia jest redukowany przy stałej obecności retynerów. Kontrole retencji odbywają się po jednym miesiącu, trzech miesiącach i co 6 miesięcy minimum przez 3 lata. Czas retencji jest często

wieloletni (do 10 lat) a nawet dożywotni.

Oświadczenie osób uprawnionych do wyrażenia zgody na leczenie ortodontyczne.

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią niniejszego formularza i zostałem(-am) wyczerpująco i zrozumiale dla mnie poinformowany(-a) o celu ww. świadczenia zdrowotnego, jego przebiegu, rokowaniach, ewentualnych powikłaniach mogących mieć związek z tym świadczeniem i sposobie postępowania po jego wykonaniu.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z wywiadem stomatologicznym. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.

Oświadczam, że zostałem(-am) wyczerpująco i w sposób zrozumiały dla mnie poinformowany(-a) o:

1. stanie mojego zdrowia,
2. rozpoznaniu,
3. proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, w tym rodzaju i celu planowanego leczenia oraz innych sposobach leczenia (zamiast proponowanego), jak również o ryzyku i powikłaniach mogących powstać z tego tytułu,
4. o tym, że zakres świadczeń zdrowotnych w ramach leczenia ortodontycznego zaplanowanego w dniu podpisania niniejszej zgody może ulec zmianie, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności, związane m.in. ze stanem mojego zdrowia, etc. Wyrażam zgodę na dokonanie w takiej sytuacji uaktualnienia szacunkowej wyceny leczenia poprzez uwzględnienie dodatkowych kosztów,
5. konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej,
6. o tym, że warunkiem powodzenia leczenia jest pełne stosowanie się przeze mnie do zaleceń lekarza, o których zostałem(-am) w zrozumiały dla mnie sposób poinformowany(-na),
7. konieczności odbywania regularnych, comiesięcznych wizyt kontrolnych oraz kontroli retencji,
8. szacunkowej wycenie leczenia, którą akceptuję.



Zatwierdził: Dyrektor Medyczny Stomatologii
Obowiązuje od: 01.08.2019
Wersja nr: 1

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej.

Niniejszym potwierdzam, że w trakcie rozmowy z lekarzem miałem(-am) możliwość zadania lekarzowi pytań dotyczących sposobu wykonania świadczenia zdrowotnego, jego celowości oraz grożących powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) i uzyskałem(-am) od lekarza wyczerpujące, przystępne, zrozumiałe, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każde świadczenie zdrowotne pociąga za sobą ryzyko powikłań (w tym poważnych), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki medycznej.

Potwierdzam, że przyjąłem(-am) do wiadomości i zrozumiałem(-am) powyższe informacje, a także informacje udzielone mi przez lekarza, w tym w szczególności informacje na temat ryzyka i powikłań.

Wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na przeprowadzenie leczenia ortodontycznego.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

.....
data, czytelny podpis
(w przypadku pacjenta niepełnoletniego między 16-18r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

Potwierdzam wyrażenie przez pacjenta/opiekuna prawnego świadomej zgody na leczenie ortodontyczne.

.....
data, podpis, pieczęć lekarza

