

ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA NA ZABIEG IMPREGNACJI AZOTANEM SREBRA (PACJENT DO 16 LAT)

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. IMPREGNACJA AZOTANEM SREBRA:

Planowane leczenie dotyczy zęba nr

Impregnacja azotanem srebra obejmuje następujące czynności i ma następujący cel: impregnację (lapisowanie) przeprowadza się u dziecka, kiedy nie ma możliwości opracowania i wypełnienia ubytku próchnicowego ze względu na duże zniszczenie zęba (pojawia się ryzyko, że tradycyjne wypełnienie może się nie utrzymać) lub, co zdarza się najczęściej, brak współpracy ze strony małego pacjenta. Impregnacja jest zabiegiem, w wyniku którego następuje wzrost twardości tkanek i zmniejszenie liczby bakterii. Założeniem tego działania jest spowolnienie procesu próchnicowego, często zapobiegające usunięciu tego zęba. Przedwczesne usunięcie grozi wystąpieniem wad zgryzu i koniecznością przeprowadzenia leczenia ortodontycznego. Impregnacja azotanem srebra obejmuje następujące etapy: usunięcie osadu nazębnego szczoteczką zwilżoną wodą utlenioną, usunięcie miękkiej zębiny narzędziami ręcznymi, wygładzenie powierzchni, impregnacja właściwa (pokrycie powierzchni zęba azotanem srebra). Impregnację należy wykonać w miarę możliwości trzykrotnie podczas jednej wizyty. Zaleca się wykonanie trzech zabiegów w odstępach 7-10 dniowych. Impregnacja nie jest trwała i należy ją powtarzać co około 3 miesiące. Po przeprowadzeniu zabiegu zęby mają charakterystyczny czarny kolor (przebarwienie jest nieodwracalne). U bardzo małych dzieci, które są niewspółpracujące przeprowadza się tylko etap impregnacji właściwej. W przypadku bardzo zaawansowanej próchnicy zębów lapisowanie może nie przynieść pożądanych efektów. Dziecko powinno ograniczyć spożywanie pokarmów i napojów przez kolejną godzinę od zakończonego zabiegu. W przyszłości, kiedy dziecko będzie w stanie podjąć prawidłową współpracę z lekarzem zalapisowane zęby można oczyścić mechanicznie i założyć tradycyjne wypełnienie.

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. Powyżej wymieniona została większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić, ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji nieopisanych, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta.

Dodatkowe uwagi:

IV. OŚWIADCZENIA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA:

Oświadczam, że:

- 1) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do stanu zdrowia pacjenta według mojej najlepszej wiedzy – zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie zdrowia;
- 3) o wszelkich zmianach stanu zdrowia pacjenta zobowiązuję się pisemnie powiadomić lekarza bez zwłoki;
- 4) zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a, w sposób dla mnie zrozumiały:
 - a) o stanie zdrowia pacjenta;
 - b) o istocie, sposobie wykonania i celu ww. świadczenia zdrowotnego;
 - c) w szczególności zostałem poinformowany, że:
 - **po przeprowadzeniu ww. zabiegu zęby mają charakterystyczny czarny kolor – przebarwienie zębów jest nieodwracalne;**
 - bardziej skuteczną metodą jest częściowe lub całkowite maszynowe opracowanie próchnicy oraz zastosowanie materiałów uwalniających fluor;
 - efekt leczenia jest w dużej mierze uzależniony od jakości współpracy pacjenta z lekarzem;
 - po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne oraz wizyty profilaktyczne, w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 3 miesiący;
 - d) o możliwościach alternatywnego postępowania diagnostycznego oraz leczniczego, które obejmują:

częściowe lub całkowite maszynowe opracowanie próchnicy oraz zastosowanie materiałów uwalniających fluor w znieczuleniu anestetycznym, nisko skutecznym sposobem może być także próba fluoryzacji lub zastosowania jodopowidonu bądź ozonu oraz o związanym z tymi metodami ryzyku;

- e) o możliwości zaniechania wykonania impregnacji azotanem srebra oraz jego konsekwencjach;
 - f) o ryzyku wystąpienia skutków niepożądanych i powikłań w trakcie impregnacji azotanem srebra a także po jej zakończeniu, które opisano szczegółowo w pkt III niniejszego formularza;
 - g) zasadności informowania lekarza o wszystkich niepokojących objawach, w tym w szczególności o powikłaniach i skutkach niepożądanych;
 - h) 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 PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA.

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

impregnacja azotanem srebra

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta, o którym mowa w pkt I i mam prawo wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego objętego tym formularzem (proszę zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim miejscu)*

- rodzic
- opiekun prawny

.....
IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

.....
data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta

VI. INFORMACJA W ZAKRESIE WARUNKÓW REALIZACJI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

- 1) PRZEWIDYWANE KOSZTY LECZENIA:
- 2) WARUNKI PŁATNOŚCI: Płatność za leczenie następuje po wizycie.
- 3) OŚWIADCZENIA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:

- 1. zostałem/am zapoznany/a z warunkami płatności i w pełni je akceptuję;
- 2. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że koszty dojazdu do gabinetu nie zostały uwzględnione w ww. kosztach leczenia i nie obciążają podmiotu leczniczego;
- 3. rozumiem, że w przypadku zmiany zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego, kwota ustalonych wstępnie przewidywanych kosztów leczenia (pkt VI ppkt 1) może ulec zmianie;
- 4. mam świadomość, że powodzenie przeprowadzonego leczenia i jego rezultaty są w dużej mierze zależne od przestrzegania przez pacjenta zaleceń lekarza.

.....
(data, podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta)

VII. ZGODA NA UJAWNienie 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 osoby pacjenta**, 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 przedstawiciela ustawowego pacjenta)