



Ενημέρωση και συγκατάθεση για χειρουργική του στόματος

Προτεινόμενη θεραπεία: Μετά από προσεκτική κλινική και ακτινογραφική εξέταση του στόματος και εκτίμηση της κατάστασης μου, ο οδοντίατρος μου συνέστησε την παρακάτω χειρουργική θεραπεία:

Χειρουργικό στάδιο θεραπείας: Θα μου χορηγηθεί τοπικό αναισθητικό. Μπορεί να μου χορηγηθεί επίσης άλλο είδος αναισθησίας, όπως νευρολήπταναλγησία ή γενική αναισθησία και καταστολή- αναλγησία με ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων. Θα γίνουν τομές στα ούλα τα οποία θα ανοιχθούν και θα αποκαλυφθεί το οστό της γνάθου. Οι μαλακοί ιστοί των ούλων στο τέλος της επέμβασης θα συρραφτούν. Η περίοδος επούλωσης θα έχει διάρκεια από μία έως δύο εβδομάδες. Κατανοώ ότι ίσως να μην μπορώ να χρησιμοποιήσω τεχνητές οδοντοστοιχίες τις πρώτες μία έως δύο εβδομάδες της περιόδου επούλωσης.

Κυριότερες επιπλοκές και κίνδυνοι: Λόγω της ατομικής ιδιαιτερότητας της κατάστασης του κάθε ανθρώπου μπορεί να μην υπάρξει μακροπρόθεσμη επιτυχία της θεραπείας. Σε κάποιες περιπτώσεις λόγω κάποιας ιδιαίτερης παθολογίας μπορεί να υπάρξουν υποτροπές της νόσου. Για τον λόγο αυτό σε αυτές τις περιπτώσεις ο ιατρός θα πρέπει να σας καλέσει μετά από 3-6-12 μήνες για κλινικό και ακτινογραφικό επανέλεγχο. Μπορεί να χρειαστούν επιπλέον χειρουργικές επεμβάσεις για την επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος ή η χρήση υλικών που δεν μπορούν συχνά να προβλεφτούν και θα επιβαρύνουν με επιπλέον κόστος την θεραπεία. Επιπλοκές μπορούν να προκληθούν από την πλευρά των ούλων, των μαλακών ιστών και του οστού της γνάθου κατά το χειρουργικό στάδιο ή μετεγχειρητικά ή από τα φάρμακα και τα αναισθητικά που χρησιμοποιούνται και περιλαμβάνουν τα ακόλουθα και όχι μόνο: μετεγχειρητική λοίμωξη και φλεγμονή, αιμορραγία, οίδημα, πόνο, μώλωπες προσώπου, παροδικό (σε σπάνιες περιπτώσεις μόνιμο) μούδιασμα της γνάθου,

των χειλιών, της γλώσσας, του γενείου, των δοντιών και των ούλων, πόνο στις αρθρώσεις των γνάθων, μυϊκό σπασμό, ραγάδες ή μώλωπες των γωνιών του στόματος, δυσκολία στο άνοιγμα του στόματος για μερικές ημέρες ή εβδομάδες, δυσκολία στην ομιλία, αλλεργικές αντιδράσεις, διάτρηση του εδάφους του ιγμορείου, διάτρηση του χώρου του κάτω

φατνιακού νεύρου της κάτω γνάθου, τυχαία κατάποση ή αναρρόφηση ξένου σώματος, παροδική (σε σπάνιες περιπτώσεις μόνιμη) αύξηση της κινητικότητας και της ευαισθησίας των φυσικών δοντιών στο κρύο, ζεστό, γλυκό και όξινο, κ.α. Η ακριβής διάρκεια των επιπλοκών δεν μπορεί να προβλεφθεί και ενδέχεται να είναι μη αναστρέψιμες.

Συντήρηση, επανέλεγχος και προσωπική φροντίδα: Κατανοώ ότι πρέπει να προσέρχομαι στους τακτικούς επανελέγχους στον θεράποντα ιατρό μου μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας όπως μου συστήθηκε. Έχω ενημερώσει τον ιατρό για την παρούσα κατάσταση της υγείας μου και για τα φάρμακα τα οποία λαμβάνω. Κατανοώ ότι θα πρέπει να προσέρχομαι για παρακολούθηση μετά την χειρουργική διαδικασία για να παρακολουθείται η επούλωση των τραυμάτων. Επίσης κατανοώ ότι το κάπνισμα, η υπερβολική χρήση αλκοόλ και η ανεπαρκής διατήρηση ικανοποιητικής στοματικής υγιεινής από μέρος μου μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην επούλωση μετά την χειρουργική διαδικασία. Έχω λάβει γραπτές μετεγχειρητικές οδηγίες και φαρμακευτική αγωγή και κατανοώ ότι πρέπει να τις τηρώ.

Οστικά μοσχεύματα: Κάποιες φορές είναι απαραίτητο κατά την χειρουργική τοποθέτηση των εμφυτευμάτων να χρησιμοποιηθούν οστικά μοσχεύματα ή υλικά υποκατάστασης του οστού. Τα υλικά μεταμόσχευσης έχουν ανθρώπινη ή ζωική προέλευση ή είναι συνθετικά και έχουν εγκριθεί από τους αρμόδιους φορείς προς χρήση. Συνήθως μαζί με την τοποθέτηση των μοσχευμάτων χρησιμοποιούνται και μεμβράνες απορροφήσιμες ή μη ανθρώπινης ή ζωικής προέλευσης για την κάλυψη και συγκράτηση του μοσχεύματος.

Συνέπειες της μη θεραπείας:

Δημοσίευση των αρχείων: Συμφωνώ να γίνει χρήση των φωτογραφικών, ακτινογραφικών και άλλων αρχείων κατά και μετά το τέλος της θεραπείας μου για την προαγωγή της οδοντιατρικής επιστήμης και για διαφημιστικούς σκοπούς. Τα προσωπικά μου στοιχεία και η ταυτότητά μου δεν θα γίνουν γνωστά δημοσίως.

Έλαβα γραπτές μετεγχειρητικές οδηγίες τις οποίες διάβασα και κατάλαβα.
Διάβασα και κατάλαβα όλα τα παραπάνω πριν υπογράψω.

Όνομα και υπογραφή
ασθενή, γονέα ή κηδεμόνα

Όνομα και υπογραφή ιατρού

Ημερομηνία