

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT FELSŐ BÖLCSÉSSÉGFOG ELTÁVOLÍTÁSÁHOZ

Név: _____ TAJ szám: _____

Lakcím: _____ Kezelőorvos: _____

Eltávolítandó fog száma: _____

Fent nevezett páciens tudomásul veszem, hogy a bölcsességfog-eltávolítás során bizonyos nem várt, nem tervezett következmények léphetnek fel, melyek fogorvosom és az őt segítő munkatársak legjobb szakmai tudása és szándéka ellenére is -az esetek csekély százalékában- bekövetkezhetnek.

Vizsgálataink azt mutatják, hogy az Ön felső bölcsességfoga számára nem áll rendelkezésre elegendő hely ahhoz, hogy szokványos módon törjön elő és beilleszkedjen az felső fogsorba. Ennek következtében teljes mértékben vagy részben a csontfelszín alatt (retencióban) marad.

Az érintett fog eltávolítását a következők miatt ajánljuk:

- A részben már áttört fogkorona körül ismétlődő, kellemetlen panaszokat okozó gyulladás keletkezhet
- a csontban elhelyezkedő fogkorona körül a csontot elpusztító ciszta alakulhat ki
- a bölcsességfog előtt elhelyezkedő őrőlfogat a rendellenesen előtörő bölcsességfog által kifejtett nyomás károsíthatja
- a rendellenesen előtörő fog körüli gyulladás a szervezet távolabbi részeire is áttérjedhet, ún. gócbetegséget okozhat
- a rendellenes irányban előtörő fog által kifejtett nyomás az egész felső fogsort torzíthatja, harapási rendellenesség keletkezhet, fogszabályozó kezelés válhat szükségessé
- fogpótlások készítése előtt, későbbi szövődmények elkerülése miatt

A műtét menetének rövid ismertetése:

A beavatkozást helyi érzéstelenítésben végezzük. A **helyi érzéstelenítéssel** járó szövődmények előfordulása nem gyakori, azonban előfordulhat:

arcidegbénulás, vérömleny, szájjár, injekciós tályog, vértelen folt az arcon, kettős látás, azonos oldali látásvesztés, idegsérülés.

Helyi érzéstelenítésben (ritkán altatásban) leválasztjuk a fogínyt a csonttól és fúró segítségével szabaddá tesszük a fogat. Ezt követően - elhelyezkedéstől, mérettől függően - egy vagy több darabban eltávolítjuk.

A műtétet követően arcduzzanat, szájnyitási- nyelési korlátozottság, fájdalom, hőemelkedés jelentkezhet, ezek a panaszok 3-4 nap alatt fokozatosan megszűnnek.

Amennyiben a fog eltávolítását követően varratok behelyezésére kerül sor, úgy azok eltávolítása 7-10 nap múlva esedékes.

Lehetséges szövődmények

A felső állcsonton végzett foghúzások során esetenként előfordul, hogy a fogak gyökerei benyúlnak az arcüregbe, ilyen esetben a foghúzást követően fistula alakulhat ki az arcüreg és a szájüreg között. A sebet ilyenkor műtétilag kell zárni. Tüszentés, orrfújás ilyen esetben 6 hétig kontraindikált. Ritka szövődménynek számít a felső állcsont törése, mely műtétilag vagy konzervatív úton eredményesen kezelhető.

Minden műtéti beavatkozást követően felléphetnek utóvérzések, sebgyógyulási zavarok, gyulladós panaszok, a gyakorlatban azonban általában nem kell további szövődményektől tartani.

Annak érdekében, hogy a szövődmények előfordulásának kockázatát minimálisra csökkentsük, kérjük, hogy válaszolja meg az alábbi kérdéseket!

1. Tudomása szerint rendelkezik-e Ön valamely gyógyszer, kémiai anyaggal szembeni túlérzékenységgel? Amennyiben igen, kérjük nevezze meg!

igen: _____

nem

2. Korábbi fogorvosi kezelések alkalmával jelentkeztek-e panaszai helyi érzéstelenítés alkalmazása, illetve a kezelések kapcsán?

igen

nem

3. Fogeltávolítás vagy sérülés kapcsán észlelt-e fokozott vérzést?

igen

nem

4. Szed-e rendszeresen gyógyszereket? Amennyiben igen, kérjük nevezze meg!

igen: _____

nem

Mi a teendő a beavatkozást követően?

Kérjük, hogy a műtét napján és az azt követő napon:

- ne dohányozzon, ne fogyasszon kávét vagy alkoholt
- tartózkodjon a testi megerőltetéstől, a sok beszéd-től
- a műtégi terület fölé eső lágyrészeket hidegvizes borogatással, jégeléssel hűtse
- puha, tejmentes, pépes ételeket fogyasszon
- fogait az érintett helyen is óvatosan tisztítsa, de ne öblögessen
- A sebet ne szívogassa, ne használjon szívószálat, általában véve kerülje a vákuumhatás kialakulását.

A műtét kapcsán alkalmazott érzéstelenítőszer, a beavatkozás okozta stresszhatás korlátozhatja az Ön gépjárművezetői képességeit. Kérjük tehát, hogy amennyiben ez megoldható, az injekció adását követően, 2-3 óra hosszan ne vezessen személygépkocsit, kerékpárt.

Kérjük, hogy az esetleges utóvérzésről, erőteljes duzzanat kialakulásáról, magas lázról, erős fájdalomról vagy más, az Ön általános állapotát érintő – a műtétet követően kialakult – panaszáról értesítse kezelőorvosát.

A kezelés alternatív terápiais lehetőségei, ezek kockázatai:

A bölcsességfogakat, ha azok szuvasodnak, vagy begyulladnak, vissza-visszatérő panaszokat okoznak, ritka esetekben kezeljük konzervatív módon. Ha ez mégis fölmerül, úgy a fog tömése, esetleg gyökérkezelése lehet megfelelő alternatív terápia. Ezek a kezelések a bölcsességfogak nehezen hozzáférhető helyzete, valamint a jellemzően komplikált gyökéranatómiájuk miatt kisebb sikerrátával végezhetőek el, mint egyéb fogak esetén.

A kezelés elmulasztásának lehetséges következményei:

A tünetek fokozódása, gócos tünetek kialakulása is lehetséges. A letört fogak tovább törhetnek, a tüneteket még nem produkáló fogak idővel komoly fájdalmat, arcduzzanatot okozhatnak. Bizonyos pozícióban álló fogak a fogazat torlódását is okozhatják.

NYILATKOZAT

Kezelőorvosom, Dr. _____ az elvégzendő beavatkozás menetéről, az esetleges szövődményekről, a kezelés elmaradásának várható következményeiről számomra részletes felvilágosítást adott. A foghúzás utáni teendőkről szóló tájékoztatót átvettem.

Az általa javasolt műtétbe:

- beleegyezem
 nem egyezem bele

Megjegyzés:

Dátum: _____

Aláírással igazolom, hogy a fent felsorolt kockázati tényezőkkel tisztában vagyok, arról szóban és/vagy írásban tájékoztatást kaptam, lehetőségem volt kérdéseket feltenni, a kérdéseimre pedig kielégítő választ kaptam. A fogorvosom által javasolt kezelés(ek)be beleegyezem, fogorvosomat és az őt segítő munkatársakat a kezelés elvégzésére felhatalmazom.

Tájékoztatást kaptam a kezelés lehetséges alternatíváiról (amennyiben voltak), ezek következményeiről, beleértve a kezelés elmulasztását is.

A kezelésem költségéről szóban és / vagy írásban tájékoztatást kaptam.

Páciens
vagy törvényes képviselőjének aláírása

Fogorvos