

## Информирано съгласие за пациенти подлежащи на зъбна екстракция

Вие имате право да получите определена информация, свързана с предстоящата Ви дентална хирургична манипулация и е необходимо да дадете съгласието си преди началото на изпълнението ѝ.

Трябва да подпишете потвърждение, че Ви е била предоставена информация относно характеристиките на лечението и неговите цели, познатите рискове свързани с процедурата, алтернативните методи на лечение, както отказ от него и че Ви е била дадена възможност да зададете въпросите си и да получите изчерпателен отговор.

Моля, прочетете внимателно тази форма преди да подпишете съгласието си и питайте за всичко, за което не Ви става ясно. Ние ще се радваме да Ви отговорим.

### Съгласие за зъбна екстракция

Давам съгласието си д-р \_\_\_\_\_ и всеки нужен асистент, да извърши предложената ми зъбна екстракция.

(отнася се и за което и да било лице, в ролята на пациент, за което упълномощено второ лице дава съгласието си)

Зъб/зъби: \_\_\_\_\_

Зъбната екстракция е необратим процес. Както при рутинните, така и при усложнените случаи се определя, като хирургична процедура. Уверяваме Ви, че ще направим всичко възможно, лечението Ви да протече безпроблемно. Но както при всяка друга хирургична манипулация, така и тук съществуват някои рискове, като:

1. Подуване и/или хематоми в третираните зони;
2. Получаване на рагади и/или синини в областта на устните ъгли поради разтягането им по време на манипулацията;
3. Възможна постоперативна инфекция, изискваща допълнително лечение;
4. Сух алвеолит, изявяващ се с болка в областта на екстрахирания зъб няколко дни след интервенцията. Изисква допълнително лечение. По – често се проявява на долната челюст, особено след екстракция на мъдречи;
5. Възможна увреда на съседни зъби, особено такива с големи obturации;
6. Увреда на нервни структури – последните зъби на долната челюст са разположени в непосредствена близост до нервите, които инервират същата, както и съответната страна на езика. В резултат на което те може да бъде наранени, или дори прекъснати при екстракцията. Това ще доведе до изтръпване или променена чувствителност на зъбите, долната устна, езика и брадичката. С времето сетивността обикновено се възстановява напълно, но в редки случаи загубата може да остане постоянна;
7. Тризъм – характеризира се с ограничено отваряне на долната челюст предизвикано от възпаление, или подуване, най – често след екстракция на долни мъдречи. Понякога може да се появи при пренатоварване на ТМС, особено, когато предварително е установено заболяване на същата;

8. Кървене – обикновено рядко се наблюдава масивно кървене при зъбни екстракции, но може да се очаква персистиращо слабо такова в продължение на няколко часа след манипулацията;
9. По – напред във времето след екстракция могат да се образуват остри ръбове на алвеоларната стена, или малки костни фрагменти. Това налага допълнителна хирургична интервенция за заглаждане на ръбовете и отстраняване на фрагментите;
10. Остатъчни зъбни фрагменти – понякога, за да се избегне увредата на витални структури, каквито са нервите и съдовете се налага в мястото на операцията да се оставят част от корените на екстрахираните зъби;
11. Увреда на максиларния синус - често корените на задните зъби на горната челюст са в близост до долната синусна стена, поради което съществува риск от разкъсването ѝ по време на екстракция. В редки случаи съществува комуникация между синуса и алвеолата на екстрахирания зъб, което отново би довело до увреда на стената при манипулацията. При отваряне на синуса, комуникацията между синуса и усната кухина в редки случаи може да персистира, като оро-антрална фистула. Тя се затваря със следваща хирургична интервенция. Възможно е и попадане на части от зъба, или цял зъб в синуса. Това налага последваща интервенция за отстраняването му;

***Повечето от процедурите са рутинни и не се очаква да са съпътствани със сериозни усложнения. По-често възникват леки компликации, които лесно се лекуват.***

***Заявявам, че прочетох и напълно разбирам смисъла на информацията, описана в този формуляр за информирано съгласие. Бе ми дадена възможност да задам всичките си въпроси, свързани с процедурата и твърдя, че получих изчерпателни отговори.***

***Три имена и подпис на пациента:***

(подпис на пациента, или на упълномощено лице)

\_\_\_\_\_ ***Дата:*** \_\_\_\_\_

***Име и подпис на лекуващия лекар:***

\_\_\_\_\_ ***Дата:*** \_\_\_\_\_