

## CSONTPÓTLÁS

*Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat*

Név: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_ Kezelőorvos: \_\_\_\_\_

Kezelendő terület: \_\_\_\_\_

Fent nevezett páciens tudomásul veszem, hogy a csontpótlás 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.

### A műtét menetének rövid ismertetése:

A műtét során steril körülmények között dolgozunk. Helyi érzéstelenítést követően a kezelendő területen lebenyt képzünk, azaz az ínyn olyan módon ejtünk bemetszést, hogy azt a műtét idejére félrehajthassuk, hogy hozzáférhessünk az alatta lévő csonthoz. Behelyezzük a szintetikus vagy organikus (emberi- vagy állati forrásból származó) csontpótlóanyagot, szükség esetén apró szegecsekkel rögzített kollagénmembránnal zárjuk a területet. Végül az ínyt visszahajtjuk és varratokkal látjuk el, ezek eltávolítására a műtét után 7-10 napon belül kerül sor.

### Lehetséges kockázatok, szövődmények

Megértettem, hogy a beavatkozás természeténél fogva kockázatokat jelent, beleértve az alábbiakat is:

1. **Fájdalom.** Bármilyen szájsebészeti beavatkozás kellemetlenségekkel jár. A testen kívülről származó anyagok alkalmazása kevésbé fájdalmas, mivel nem kell szöveteket nyerni egy másik régióból, amennyiben saját csontra is szükség van (pl. az áll, illetve a bölcsességfogak területéről) több fájdalomra kell számítani, ami gyógyszerekkel csillapítható.

2. **Fertőzés.** Teljesen steril körülmények között is felléphet műtét utáni fertőzés (akár súlyos is), a szájüreg baktériumokban gazdag mivolta miatt. Súlyos fokú duzzadás esetén, főként, ha azt láz és rossz közérzet is kíséri, keresse fel kezelőorvosát.
3. **Vérzés, duzzadás, sérülések.** Enyhe vérzés felléphet a műtét utáni órákban. Amennyiben a vérzés súlyos, azonnal keresse fel Klinikánkat. Némi arcduzzadás szintén előfordulhat, ha súlyosnak érzi, arról értesítse orvosát. Az arc dagadása körülbelül 48 órával a műtét után kezd megszűnni. A kisebb sérülések körülbelül egy hétig vannak jelen.
4. **A be/átültetett szövetek részleges vagy teljes elvesztése.** A műtét sikeressége igen magas, ennek ellenére előfordulhat sikertelenség. A csontblokk, amit a szájüreg más részéből nyertünk nem minden esetben tapad meg, vagy felül is fertőződhet. A leggondosabb beavatkozás ellenére is a csontpótló részecskék kikerülhetnek a műtési területről, a membrán kimozdulhat. Ilyen esetekben értesíteni kell a kezelőorvost.
5. **Csontpótlók és membránok.** A leggyakrabban használt anyagok szintetikus, emberi vagy egyéb (emlős) állati eredetűek, melyek gondos tisztításon estek át. Ezen dokumentum aláírásával beleegyezik, hogy kezelőorvosa az általa legmegfelelőbbnek ítélt módszerekkel járjon el.
6. **Idegek sérülése.** Az ajkak, a nyelv, az arc és a száj egyéb szövetei érzéketlenné válhatnak. Ez sajnos egy lehetséges következménye az érzéstelenítésnek és a műtétnek. Ez az érzéketlenség lehet átmeneti, pár naptól hónapokig is tarthat, de lehet tartós is.
7. **Arcüreg érintettség.** Bizonyos esetekben a felső fogak gyökerei közel lehetnek az arcüreghez. Alkalmanként felső fogak eltávolításakor, arcüreg közeli csontpótláskor érintett lehet az arcüreg. Ha megnyílik az arcüreg, annak bezárása szükségszerűvé válik.

#### **A kezelés elmulasztásának lehetséges következményei:**

A csont további leépülése. Ha az állcsont magassága, szélessége nem kielégítő, csontpótlás nélkül bizonyos fogpótlási eljárások (implantátum-beültetés) nem lehetségesek, vagy csak komoly esztétikai-funkcionális kompromisszumok árán

#### **A kezelés alternatív terápia lehetőségei, ezek kockázata:**

A csontpótlásnak jelenleg alternatív terápiás lehetősége nem ismert, de az egyes eljárások, a felhasznált anyagok között előfordulhatnak különbségek. Amennyiben az Ön esetében felmerül más eljárások alkalmazásának a lehetősége, úgy arról kezelőorvosától érdeklődhethet.

**Garancia:**

A csontpótlás az esetek döntő többségében eredményes, ám ez nagyban függ az Ön egyéni adottságaitól, életvitelétől, általános egészségétől, így erre garanciák nem vállalhatók.

**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. 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 kávé vagy alkoholt
- tartózkodjon a testi megerőltetéstől, a sok beszéd-től
- a műtési terület fölé eső lágyrészeket hidegvizes borogatással, jégeléssel hűtse
- puha, tejmentes, pépes ételeket fogyasszon
- fogait az érintett helyen is alaposan, de óvatosan tisztítsa, de ne öblögtessen



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.

#### NYILATKOZAT

Kezelőorvosom, Dr. \_\_\_\_\_ az elvégzendő beavatkozás menetéről, az esetleges szövődményekről, a kezelés elmaradásának várható következményeiről számomra részletes felvilágosítást adott. A műtét 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

Dátum: .....