

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZÁJSEBÉSZETI BEAVATKOZÁSHOZ

Név: _____ TAJ szám: _____

Lakcím: _____ Kezelőorvos: _____

Önnél ambuláns (járóbeteg ellátás keretében történő) szájsebészeti/parodontológiai műtéti beavatkozásra fog sor kerülni. A műtétet helyi érzéstelenítésben végezzük. (Altatásban csak igen indokolt esetben kell ilyen jellegű műtéteket végezni, az altatás komoly kockázata miatt. Altatás bármilyen formája csak aneszteziológus közreműködésével történhet, s többnyire fekvőosztályos háttérrel igényel.)

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.

A műtét előtt:

A műtét napján (tervezett műtét esetében) szokásos módon ehet, ihat, gyógyszereit vegye be (kivéve, ha más tájékoztatást kapott: pl. véralvadásgátló gyógyszerek), azonban a túlzott mértékű étkezést a műtét előtt kérjük kerülje el.

A műtétet megelőző 24 órában ne fogyasszon alkoholt, a műtét előtt 2 órával ne dohányozzon! A megfelelő szájhigiénéért fokozottan ügyeljen. Rágógumit nyugodtan ehet, azonban a fogak/szájnyálkahártya elszíneződését okozó tablettákat/folyadékokat kerülje. Kérjük a hölgyeket, hogy a műtét előtt az arcfestéket, rúzszt távolítsák el.

Amennyiben izgulós típus lehetőség van a műtét előtt nyugtató adására, de ezt feltétlenül egyeztessük.

A műtét

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.

A műtétet a sterilitás szabályainak betartásával kell végezni. A műtét a normál fogorvosi székben történik. Ahol lehetőség van rá, egyszer használatos eszközöket alkalmazunk. A műtéthez felhasznált anyagok, eszközök a legszigorúbb európai előírásoknak megfelelőek. A műtét előtt közvetlenül, az asszisztens által adott oldattal a szájból levő baktériumok számának csökkentése céljából öblögetni kell. A száj körüli bőrterületet fertőtlenítővel töröljük le. A mellkasra steril kendőt teszünk, melyhez nem szabad hozzáérni. Amennyiben a műtét alatt bármilyen problémája adódna, bal kezével tud nekünk óvatosan jelezni.

A műtétet követően annak jellegétől függően arcduzzanat, szájnnyitási-nyelési korlátozottság, fájdalom, hőemelkedés jelentkezhet.

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

A műtét után

A műtét érzéstelenítés hatása kb. 1.5 óra elteltével kezd csökkenni. Amennyiben a műtét ideje ennél hosszabb, újabb érzéstelenítő injekció adása lehet szükséges. Az érzéstelenítés hatása teljesen általában 3.5-4.5 óra alatt múlik el, de egyes esetekben ez lehet hosszabb idő is.

Amennyiben járóképesnek érzi magát, a műtét után hazamehet. Kötelező, hogy elérhető legyen olyan személy, aki segít a hazajutásban, amennyiben nem érezné jól magát. Azonban kiskorúak vagy egészségügyi okból nem önálló páciensek csak kísérelővel jöhetnek műtétre.

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.

Amennyiben a zsibbadás a nyelést nem zavarja a műtét után fél órával ihat (alkoholt tilos 24 órán keresztül). Csak akkor egyen, ha az érzéstelenítés hatása elmúlt. (Ha ez több, mint 4 óra, óvatosan, kis falatokat ehetsz.) Kérjük kerülje a tejtermékek és az apró magvas ételek fogyasztását! Ha egészségi állapota miatt szükséges ennie, kérem tájékoztasson. Enni bármit lehet, de a műtéti területet nyomás ne érje! A műtét napján dohányozni tilos! A dohányzás egyébként is jelentősen rontja a gyógyulás folyamatát, a várható műtéti eredményeket, ezért a leszokás lenne javasolt a műtétet megelőzően.

Az érzéstelenítés hatásának elmúltával a műtét napján általában fájdalom jelentkezik; ha szükségét érzi, vegye be az előre megbeszélt fájdalomcsillapítót.

Az egyéb előírt gyógyszerek (pl. antibiotikum) szedése természetesen kötelező.

Minden műtét velejárája az ödémás duzzanat, esetleg bevézés, mely a műtét időtartamától, kiterjedésétől. Ennek csökkentése miatt is javasolt a műtéti terület jegelése kívülről jégakku (gyógyszertárban kapható, esetleg mirelit vékony ruhába téve) segítségével minden 20 percben 5 percre, ameddig csak tudja és fennáll a duzzanat. A fekvés miatt a duzzanat általában reggelre kifejezettebb, ami természetes.

A műtét napján a műtéti területen ne mosson fogat (egy műtét esetén a megbeszélt ideig mellőzze). A műtét másnapjától óvatosan kell mosni ezen a részen is fogat (puha fogkefével, fogkrémmel), egyes esetekben csak az általunk adott műtéti fogkefével. Másnaptól javasolt a szájjöblítők használata naponta kétszer (ezek valamelyikével: Curasept ADS-220, Corsodyl, Chlorhexamed, Listerin).

A műtéti területen előfordulhat szivárgó vérzés, mely a terület nyugalomba helyezése után (a sebet nem szabad szívogatni, öblögetni, a nyálát nyelje le, ne köpködjön) magától megszűnik. Ha ez nem szűnne meg vagy bármilyen kérdéses helyzet áll elő, kérem jelezze Rendelőnk felé.

Legtöbb műtét után másnap kontrollra kell eljönni ill. utána a megbeszélt időpontokban. Az alkalmazott varratok nem felszívódóak, ezek eltávolítása szükséges a 7-14. napon. A nyálkahártya gyógyulása általában 3-4 hét. Ezen idő alatt kímélni kell a műtött területet. Egyes műtét típusoknál hosszabb ideig is szükség lehet a fokozott óvatosságra (pl.: csontpótlások).



A műtét esetleg befolyásolhatja munkavégző képességét figyelemmel a műtét utáni arcduzzanatra, műtéti terület kímélésének szükségességére. Természetesen ez függ a munka és a műtét jellegétől (pl. egy hivatásos fúvószenész helyzete rosszabb, mint egy otthon számítógépen dolgozóé); kérem ezért egyénileg beszéljük meg az Ön esetét. Előfordulhat, hogy megszokott ideiglenes fogpótlások rövidebb-hosszabb ideig nem használhatóak, erről mindenképpen kérjen felvilágosítást.

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.

Lehetséges szövődmények

Minden műtéti beavatkozást követően felléphetnek utóvérzések, sebgyógyulási zavarok, gyulladással járó panaszok, a gyakorlatban azonban általában nem kell további szövődményekről 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

A kezelés alternatív terápia lehetőségei, ezek kockázatai:

A kezelés elmulasztásának lehetséges következményei:

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