

Periodontal Regeneration/Periodontal surgery

ניתוח חניכיים מבוצע במצבים של מחלת חניכיים מתקדמת במטרה לעצור את התקדמות המחלה. הניתוח מתבצע לרוב תחת אלחוש מקומי. בכל מקרה הניתוח אינו משיב את המצב החניכיים לקדמותם. בעזרת טיפול רגנרטיבי (שימוש בתחליפי עצם, חלבוני גדילה וממברנות) ניתן לשחזר ולשקם במידה מסויימת את הרקמות סביב השן.

שם המטופל: _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה מאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר: _____ על הצורך בניתוח חניכיים בלסת עליונה/ בלסת תחתונה/ בשתי הלסתות*. (להלן: "הטיפול העקרי"). כמו כן הוסברו לי הסיכונים שבחוסר טיפול במחלת החניכיים לרבות אבדן שיניים, נסיגת חניכיים, אבדן עצם, נידודת שיניים, רגישות השיניים לקור וחום, קושי בשמירה על היגיינה אוראלית, זיהומים חוזרים ודימום מהחניכיים.

הוסבר לי על הטיפול הנדרש ועל החלופות הטיפוליות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות טיפול חניכיים שמרני, והן נשקלו על ידי טרם הבחירה בביצוע הטיפול כירורגי. הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: עמדת חניכיים רחוקה יותר מכותרת השן, חשיפת שולי כתרים קיימים, מראה שיניים ארוכות יותר, רגישות השיניים לחום ולקור, נפיחות, כאב ושטפי דם תת עוריים בפנים ובצוואר.

כמו כן הובהרו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: זיהום, הגבלה בפתיחת הפה וניידות שיניים עד הצורך בעקירתן. הובהר לי שהצלחת טיפול החניכיים /או הקטנת הבעיה בחניכיים תלויות בין השאר בחומרת מחלת החניכיים טרם הטיפול בגורמי סיכון נוספים כעישון וצריכת אלכוהול. כן הוסברה לי ואני מבין/ה את החשיבות של שיתוף הפעולה ומילוי אחר הוראות הצוות הרפואי הכוללות בין השאר: שמירה על היגיינה אוראלית קפדנית, ביצוע טיפול חניכיים מניעתי על ידי שיננית /או על ידי הרופא בתכיפות שתקבע על ידם וכן ביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם. מגבלות הטיפול הוסברו: הטיפול הכירורגי עוצר את התפתחות המחלה ע"י צמצום הכיסים וסגירת החניכיים אך אין ביכולתו להחזיר את החניכיים למצב המקורי שהיה לפני המחלה. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם, לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים הסיבוכים של ההרדמה לרבות נפיחות והגבלה זמנית בפתיחת הפה.

שם המטופל: _____ חתימת המתרפא/ה _____

שם האפוסטרופוס _____
חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, או חולה נפש) _____

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למתרפא/ה לאפוסטרופוס של המתרפא/ה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הוא הבין את הסברי במלואם.

שם הרופא: _____ חתימת הרופא _____ מס' רישיון _____