

NAZWISKO <input type="text"/> IMIĘ <input type="text"/> ADRES <input type="text"/> TELEFON <input type="text"/>	DATA URODZENIA dzień m.-c rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NR KARTY <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	DATA PRZYJĘCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	WIEK <input type="text"/> <input type="text"/>

1. STAN OGÓLNY /TAK-1, NIE-0/

Choroby ogólne

Osteoporoza <input type="checkbox"/>	Choroby serca <input type="checkbox"/>	Choroby wątroby <input type="checkbox"/>	Cukrzyca <input type="checkbox"/>
Zaburzenia Krzepnięcia <input type="checkbox"/>	Napromieniany <input type="checkbox"/>	Choroby krwi <input type="checkbox"/>	Alergie <input type="checkbox"/>
Choroby tarczycy <input type="checkbox"/>	Choroby płuc <input type="checkbox"/>	Zaburzenia neurolog. <input type="checkbox"/>	Reumatyzm <input type="checkbox"/>
Choroby nerek <input type="checkbox"/>	Padaczka <input type="checkbox"/>	AIDS(HIV+) <input type="checkbox"/>	Choroby układu sercowo Naczyniowego <input type="checkbox"/>
Choroby przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/>			

Skłonność do krwawień lub siniaków

Przewlekłe przyjmowanie leków

Leki psychotropowe <input type="checkbox"/>	Sterydy <input type="checkbox"/>	Leki cytotoksyczne <input type="checkbox"/>
Doustne środki Antykoncepcyjne <input type="checkbox"/>	Leki przeciwzakrzepowe <input type="checkbox"/>	
Parafunkcje <input type="checkbox"/>	Pali <input type="checkbox"/>	Liczba papierosów <input type="checkbox"/>
		Złe odżywienie <input type="checkbox"/>

2. STAN MIEJSCOWY

Stan po rozszczenie <input type="checkbox"/>	Przeszczep kostny <input type="checkbox"/>	Zapalenia kości <input type="checkbox"/>	Parodontopatie <input type="checkbox"/>
Stan po urazie <input type="checkbox"/>	Choroby bł. śl. <input type="checkbox"/>	Torbiel korzeniowa <input type="checkbox"/>	Higiena dobra <input type="checkbox"/>
Przeszczep tk. miękkich <input type="checkbox"/>	Jakie: <input type="checkbox"/>	Osteodystrofie <input type="checkbox"/>	Higiena dostateczna <input type="checkbox"/>
		Inne wszczyepy <input type="checkbox"/>	Higiena niedostat. <input type="checkbox"/>

3. WYROSTEK ZĘBODOŁOWY

Niewielki zanik	A
Umiarkowany zanik	B
Duży zanik	C
Zanik dotyczy kości żuchwy lub szczęki	D

4. OCENA RADIOLOGICZNA KOŚCI (wg Mischa)

Gruba warstwa k. zbitej ,prawidłowe wysycenie k. gąbczastej	D 1
Cienka warstwa k. zbitej ,prawidłowe wysycenie k. gąbczastej	D 2
Cienka warstwa k. zbitej, kość gąbczasta rozrzedzona	D 3
Luźna kość gąbczasta	D 4

NR KARTY

ZABIEG OPERACYJNY

1. Data wykonania zabiegu operacyjnego

- -

2. Data planowanego zaopatrzenia protetycznego

- -

3. Odstęp w dniach między 1 a 2

4. Liczba zaplanowanych wszczepów

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
SZCZĘKA																
ŻUCHWA																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Zębodół wygojony - - - - - - - -1
 Wszczep natychmiastowy po usunięciu zęba - - - -2
 Wszczep w zębodół po usunięciu korzenia - - -3
 Wszczep w zębodół niewygojony po urazowej utracie zęba - -4

6. Uszkodzenie ściany zębodołu

- A - nie stwierdza się
- B - językowo lub podniebiennie
- C - wargowo lub policzkowo
- D - B+C

7. Pierwotna stabilizacja wszczepu NIE - 0 40 Ncm - 1 Wyższa - 2

8. Zaopatrzenie pooperacyjne

- Liczba szwów
- Cement chirurgiczny
- Zaopatrzenie protetyczne tymczasowe /0-brak, 1-korona, 2-proteza ruchoma, 3- inne.
- Szynowanie NIE - 0 TAK - 1
- Antybiotyk NIE - 0 TAK - 1
- Okres antybiotykoterapii w dniach

9. OPIS ZABIEGU

.....

Imię:
Nazwisko:
Data ur.:
Adres:

Poznań dnia:

ZGODA NA ZABIEG OPERACYJNY

RODZAJ ZABIEGU OPERACYJNEGO:

Wprowadzenie wszczepów stomatologicznych

1. W dniu po uzyskaniu wszystkich informacji dotyczących metod leczenia protetycznego **wyrażam zgodę na zabieg operacyjny w celu wprowadzenia wszczepów pod uzupełnienia protetyczne.** Zostałem/am poinformowana o całym przebiegu proponowanego leczenia.
2. Zabieg chirurgiczny wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym.
 1. Wskazania odnośnie postępowania po zabiegu:
 - nie można pić alkoholu – przez 7 dni
 - nie można palić tytoniu (papierosy, fajka, cygara) – przez 10 dni
 - pacjent musi przyjmować przepisany antybiotyk
 - należy płukać roztworem chlorhexydyny
 - zdjęcie szwów następuje po około 7 dniach
 - wizyty kontrolne odbywają się co 3 miesiące
 2. Po minimum 2 miesiącach może odbyć się drugi zabieg chirurgiczny w znieczuleniu miejscowym prowadzący do odsłonięcia implantu i założenia śruby gojącej.
 3. Zdjęcie szwów po tym zabiegu odbywa się po około 7 dniach.
 4. Leczenie protetyczne rozpoczyna się po kolejnych 2 tygodniach. Ostateczną decyzję o założeniu implantów lekarz podejmuje dopiero podczas zabiegu chirurgicznego po odsłonięciu kości, ponieważ kość może się okazać się niewłaściwa do założenia implantu, co nie zawsze można stwierdzić na podstawie badania RTG. W trakcie zabiegu może również ulec zmianie wcześniej opracowany plan leczenia – ilość zaplanowanych wszczepów może zostać zmieniona. W trakcie zabiegu chirurgicznego lub zaraz po nim mogą wystąpić niewielkie komplikacje:
 - stany zapalne, krwotoki, oderwanie się płata, perforacja ściany zatoki szczękowej, uszkodzenie nerwu zębodołowego dolnego (regeneracja nerwu zębodołowego dolnego w skrajnych przypadkach może trwać nawet do 9 miesięcy)
 - z badań statystycznych wynika, że powodzenie zabiegów implantologicznych wynosi około 95%
3. Oświadczam, że będę przestrzegał/a wszelkich zaleceń pooperacyjnych, a o wszystkich powikłaniach natychmiast poinformuje lekarza.

Wyrażam również, zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.

Po zapoznaniu się z treścią powyższego dokumentu wyrażam zgodę na zabieg operacyjny.

Podpis pacjenta, data

Podpis lekarza, data

Orident Stomatologia
ul. Ługańska 5
61-311 Poznań

tel. +48 61 870 52 69
gsm +48 604 57 87 96
repcja@orident.pl
www.orident.pl

rejestracja:
pn-pt 8-20
sob 8-13