

Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb

podle § 28 až § 42 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

DENTÁLNÍ HYGIENA

Poskytovatel zdravotních služeb: Kristýna Slavíčková, DiS.

IČO: 72554916

S místem provozovny: Pivovarská 170, 26601 Beroun

Informace o zdravotním výkonu

Dentální hygiena má preventivní a léčebný charakter. Jejím účelem je primárně předcházet vzniku onemocnění v dutině ústní a léčba zánětu na parodontu (závěsném aparátu zubu).

Zjišťuje se objektivní stav pacienta se zaměřením na dutinu ústní, konfigurace obličeje a krku, charakter kožního krytu oblasti dutiny ústní a obličeje, výskyt ústního dýchání, parafunkcí, zlovyků, stav mizních uzlin hlavy a krku, stav ústní sliznice, stav chrupu, stav dásně (zánětlivé změny: barva, povrch, tvar, zduření, krvácivost, recesy), stav závěsného aparátu zubu (detekce a sondovaná hloubka parodontálních kapes měřením pomocí kalibrované sondy u každého zubu na 4- 6ti místech), hnisavý výtok z parodontální kapsy, zvýšená pohyblivost zubů, výskyt sekundárních faktorů pro místa zadržování plaku, přítomnost zápachu z úst, nálezy na sliznicích a dásních, úroveň ústní hygieny (přítomnost plaku, zubního kamene a pigmentací). V závěru se přejde ke srozumitelné interpretaci nálezů u pacienta, demonstrace stavu a objasnění příčin, stanovení cíle a plánu léčby.

Popis a průběh zdravotního výkonu

Před zahájením ošetření se zjistí hloubka a průběh dna chobotu (parodontální kapsy) sondáží parodontální kapsy po celém obvodu zubu, výskyt sklovinných atypií a strukturně odlišných anomálií.

Poté je přistoupeno k instrumentálnímu odstranění všech tvrdých a měkkých povlaků z povrchu zubů nad dásní a z poddásňového prostoru do hloubky 3mm pomocí ručních nástrojů (případně jsou využity přístrojové techniky, tj. zejména ultrazvuk, piezon, vector, laser, pískovač, a to v kombinaci s ošetřením ručními nástroji). Vyčistí se a vyleští povrch zubů odstraněním pigmentací rotačními kartáčky a kalíšky v kombinaci s čistícími a leštícími pastami či pomocí pískovače.

Hloubkové čištění se provádí instrumentálním odstraněním tvrdých a měkkých povlaků z pod dásní v prostoru hlubšího než 3 mm a poté ohlazením povrchu kořene zubu. Bude přistoupeno k výplachu parodontální kapsy (antiseptickým roztokem).

Rizika zdravotního výkonu, důsledky a následky

Pacient může po ošetření sledovat výraznější citlivost na tepelné podněty v důsledku odstranění zubního kamene z povrchu zubních kořenů (odhalený povrch není kryt „ochranou“ vrstvou kamene a je tedy citlivější).

Pacient může sledovat ústup dásně. Nejedná se o ztrátu tkání, ale o ústup zánětlivého otoku, což je žádaná reakce. V důsledku tohoto může být opět zvýšená přechodná senzitivita.

Při prvních dnech používání mezizubních kartáčků je přítomnost krvácení při mezizubním čištění standardním projevem, díky kontaktu se zanícenou tkání. Krvácení při pravidelné mezizubní péči by mělo zmizet do několika dní.

Při odstranění nánosů plaku a kamene je přítomnost většího krvácení během výkonu standardním projevem, a to vzhledem ke kontaktu se zanícenou tkání.

Během odstranění zubního kamene může dojít k uvolnění výplně či korunky pouze v případě, že tato již není plně funkční a je třeba ji vyměnit.

Při odstranění masivnějších depozit zubního kamene a plaku dochází k přechodnému uvolnění velkého množství bakterií. Ve výjimečných případech se jejich rozptýl do sliznic může projevit v rozsevu herpetické infekce (oparů).

Na výsledku terapie absolvované v ordinaci dentální hygieny se nejvíce podílí pravidelná domácí péče o dutinu ústní prováděná pacientem, bez ní nelze zaručit výsledný efekt. Ošetření v ordinaci dentální hygieny připraví podmínky pro efektivní domácí péči a započne proces regenerace. To zda a jak dobře bude regenerace probíhat je v přímé úměře s kvalitou a frekvencí následné domácí péče.

Abychom snížili riziko většího krvácení nebo alergické reakce, případně jiné komplikace na minimum, zodpovězte prosím následující otázky (* nehodící se škrtněte):

Užíváte trvale nějaké léky:

Trpíte nějakou infekční chorobou nebo jste závažnou infekční chorobu prodělal/a:

Prodělal/a jste v minulosti nějaké operace (srdce, mozek, transplantace apod.):

Trpíte nějakou alergií:

Vyskytuje se u Vás zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních:

Prodělal/a jste již dříve ortodontickou léčbu (rovnání zubů)?

Máte kardiostimulátor, nějaké potíže se srdcem nebo astma:

Máte nějaké jiné závažné onemocnění:

V případě vážných komplikací po tomto zdravotním výkonu (např. zvýšená bolest zubů nebo dásní, zvýšená krvácivost dutiny ústní, bolest hlavy) kontaktujte svého zubního lékaře nebo dentální hygienistku.

Alternativy zdravotního výkonu

Jedinou alternativou tohoto zdravotního výkonu je návštěva u Vašeho zubního lékaře.

Omezení a doporučení

Jedná se o zdravotní výkon rychlý a téměř bezbolestný (ambulantní bez podávání medikamentů či anestezie). Doporučuje se zvýšená ústní hygiena, výplachy dutiny ústní. Pracovní omezení ve většině případů není.

Případné dotazy pacienta:

Prohlášení pacienta

Prohlašuji tímto, že:

- Jsem byl/a ze strany výše uvedeného zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován/a o výše uvedeném zdravotním výkonu.
- Jsem byl/a informován/a o účelu, povaze a předpokládaném přínosu této zdravotní péče.
- Jsem byl/a informován/a o případných alternativách.
- Jsem byl/a informován/a o možných důsledcích a rizicích navrhované zdravotní péče, mně bylo umožněno klást doplňující otázky.
- Jsem byl/a informován/a, že se mohu podání informace o svém zdravotním stavu vzdát.
- Jsem byl/a informován/a, že mohu určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu a mohu určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do mé zdravotnické dokumentace, pořizovat si z ní výpisy nebo kopie a zda mohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb.
- Jsem byl/a informován/a, že mohu vyslovit zákaz o podávání informací o mém zdravotním stavu.
- Jsem byl/a informován/a o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení pravidelných kontrolních zdravotních výkonů.
- Jsem byl/a informován/a o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti.
- Jsem nic nezamlčel/a o svém zdravotním stavu.
- Jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu.
- V případě výskytu neočekávaných komplikací, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré potřebné postupy k záchraně mé dutiny ústní a mého zdraví.

Poučení jsem porozuměl/a, nemám již žádné otázky a s poskytnutím navržené zdravotní péče uděluji svůj souhlas.

V _____ dne _____

podpis pacienta