

Καλωσήρθατε στο ενδοδοντολογικό ιατρείο AllAboutEndo. Ανυπομονούμε να σας βοηθήσουμε με τα ενδοδοντικά σας προβλήματα. Παρακαλούμε να συμπληρώσετε την ακόλουθη φόρμα και να την υπογράψετε.

Όνοματεπώνυμο _____ Ημερομ. Γέννησης _____

Οδός _____ Πόλη _____ ΤΚ _____

Τηλ. Οικία _____ Κινητό _____ Επάγγελμα _____

Σύσταση από _____

Ιατρικό Ιστορικό (κυκλώστε)

1. Έχετε ή είχατε στο παρελθόν κάποιο από τα ακόλουθα:

- | | | |
|---|-------|-----|
| Καρδιακή πάθηση, Μαρμαρυγή, Έμφραγμα ή άλλο καρδιακό πρόβλημα? | Ν α ι | Οχι |
| 2. Έχετε υψηλή αρτηριακή πίεση? | Ν α ι | Οχι |
| 3. Έχετε προβλήματα πήξης του αίματος? | Ν α ι | Οχι |
| 4. Έχετε κάποιο μεταδιδόμενο νόσημα (HIV/AIDS, ηπατίτιδα Β, κλπ)? | Ν α ι | Οχι |
| 5. Έχετε άσθμα, ιγμορίτιδα ή κάποια άλλη αλλεργία? | Ν α ι | Οχι |
| 6. Έχετε διαβήτη ή κάποιο άλλο πρόβλημα με αδένες (θυροειδή κλπ)? | Ν α ι | Οχι |
| 6. Έχετε κάνει στο παρελθόν κάποια χειρουργική επέμβαση? | Ν α ι | Οχι |
| 7. Πρέπει να χρησιμοποιείτε αντιβίωση πριν την επίσκεψη στον οδοντίατρο ? | Ναι | Οχι |
| 8. Χρησιμοποιείτε κάποιο από τα ακόλουθα φάρμακα:
Αντιβίωση Πασίπινα Αντιυπερτασικά Αντισυλληπτικά | Ν α ι | Οχι |
| 9. Χρησιμοποιείτε κάποιο άλλο φάρμακο που δεν προαναφέρεται? | Ν α ι | Οχι |
| 10. Είστε αλλεργικός σε κάποιο από τα ακόλουθα:
Πενικιλίνη Ασπιρίνη Ιβουπροφαίνη Κωδεΐνη Latex Χλωρίνη | Ναι | Οχι |
| 11. Είστε αλλεργικός σε κάποιο άλλο φάρμακο ή ουσία ? | Ναι | Οχι |
| 12. Έχετε κάποιο άλλο ιατρικό πρόβλημα? | Ναι | Οχι |
| 13. (Μόνο για γυναίκες) Είστε έγκυος ή θηλάζετε? | Ναι | Οχι |

Οδοντιατρικό Ιστορικό: (κυκλώστε)

- | | | | | | | |
|---|---|--------|---------|---------|--------------|-----------|
| 1. Έχετε πόνο αυτή τη στιγμή? | | Ναι | Όχι | | | |
| 2. Εντοπίζετε το πόνο σε συγκεκριμένο δόντι? | | Ναι | Όχι | | | |
| 3. Το δόντι είναι ευαίσθητο σε (κυκλώστε) | Πίεση | Μάσηση | Αέρα | | | |
| | Ζεστό | Κρύο | Άγγιγμα | | | |
| 4. Το δόντι σας πονάει από μόνο του? | | Ναι | Όχι | | | |
| 5. Πιστεύετε ότι σφίγγετε τα δόντια σας? | | Ναι | Όχι | | | |
| 6. Έχετε πρόβλημα με τη γνάθο ή τις αρθρώσεις σας? | | Ναι | Όχι | | | |
| 7. Έχετε κάνει απονέυρωση στο παρελθόν? | | Ναι | Όχι | | | |
| 8. Πώς θα χαρακτηρίζατε τον πόνο? | Αμβλύ | Οξύ | Παλμικό | Οδυνηρό | Διαξιφιστικό | Ηλεκτρικό |
| 9. Πόσο έντονος είναι ο πόνος? | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 | | | | | |
| 10. Είστε αγχώδης στον οδοντίατρο? | | Ναι | Όχι | | | |
| 11. Τι σας αγχώνει περισσότερο? | Αναισθησία – Τροχός – Πνιγμός – Πόνος – Απώλεια ελέγχου | | | | | |
| 12. Πώς θα μπορούσαμε να κάνουμε τη θεραπεία πιο άνετη και λιγότερο αγχωτική? | Περιγράψτε μας: | | | | | |
-

Φόρμα Συγκατάθεσης

Η ενδοδοντική θεραπεία (απονέυρωση) είναι η τελευταία προσπάθεια προκειμένου να σωθεί ένα δόντι που σε διαφορετική περίπτωση θα ήταν καταδικασμένο να εξαχθεί (αφαιρεθεί). Σε αντίθεση με τη κοινή γνώμη, η ενδοδοντική θεραπεία είναι μία ανώδυνη επέμβαση. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα σας χορηγηθεί τοπική αναισθησία. Μετά το πέρας της θεραπείας μπορεί να υπάρχει κάποια ήπια ενόχληση στη περιοχή ανάλογα με τη προτέρα κατάσταση του δοντιού και τη θεραπευτική ικανότητα του οργανισμού σας. Οι μετεγχειρητικές οδηγίες θα σας δωθούν στο τέλος της θεραπείας.

Παρόλο που η ενδοδοντική θεραπεία έχει υψηλά ποσοστά επιτυχίας (>90%), είναι μια βιολογική διαδικασία της οποίας το αποτέλεσμα δεν μπορεί να είναι εγγυημένο. Ένα μικρό ποσοστό των θεραπευμένων δοντιών (5-10%) παραμένουν συμπτωματικά. Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους όπως ιδιαίτερα σύνθετη μορφολογία και ανατομία, έντονες ριζικές κάμψεις και ρωγμές ή κατάγματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να χρειαστούν επιπλέον επεμβάσεις (με την αντίστοιχη οικονομική επιβάρυνση) προκειμένου να σωθούν τα δόντια. Περιστασιακά, ένα θεραπευμένο δόντι μπορεί να χρειαστεί να εξαχθεί παρόλες τις θεραπευτικές προσπάθειες που έχουν προηγηθεί.

Η ενδοδοντική θεραπεία περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια: τοπική αναισθησία, απομόνωση του δοντιού με τη χρήση ελαστικού απομονωτήρα, διάνοιξη του κεντρικού τμήματος, καθαρισμό του εσωτερικού του δοντιού και έμφραξη με ένα ειδικό λαστιχοειδές υλικό. Αφού ολοκληρωθεί η θεραπεία, τοποθετείται μια προσωρινή έμφραξη. Θα πρέπει στη συνέχεια να επιστρέψετε στον οδοντίατρο σας για τοποθετήσει τη τελική αποκατάσταση. Σε περίπτωση που αυτό δεν γίνει μέσα στις επόμενες 6-8 εβδομάδες, υπάρχει πιθανότητα αποτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας, επαναμόλυνσης του δοντιού και τελικά απώλειας του.

Υπογράφοντας εδώ, αναγνωρίζω ότι έχουν απαντηθεί όλες οι ερωτήσεις με ακρίβεια και ότι διαβάσει και ελέγξει με ακρίβεια το συνημμένο έντυπο συμμόρφωσης.

Συμπληρώνεται από τον ιατρό:**Αιτία προσέλευσης:****Παρούσα κατάσταση:****Έναρξη του πόνου:****Τι πυροδοτεί τον πόνο:****Τι ανακουφίζει τον πόνο:**

Υπογραφή Ασθενούς _____ Ημερομηνία _____

Υπογραφή Ιατρού _____ Ημερομηνία _____