

Φόρμα Συγκατάθεσης Ενδοδοντικής Θεραπείας

Η ανάγκη ενδοδοντικής θεραπείας (απονεύρωση) στο δόντι #_____ μου έχει επεξηγηθεί. Η πρόγνωση της θεραπείας (ποσοστό επιτυχίας) εκτιμάται πως είναι:

1. Πολύ καλή (90-95%)

2. Καλή-Μέτρια (80-90%)

3. Αμφίβολη (??? %)

Η ενδοδοντική θεραπεία (απονεύρωση) είναι η τελευταία προσπάθεια προκειμένου να σωθεί ένα δόντι που σε διαφορετική περίπτωση θα ήταν καταδικασμένο να εξαχθεί (αφαιρεθεί). Είναι κατανοητό πως η εναλλακτική επιλογή είναι η εξαγωγή του δοντιού. Αν και γενικά αναμένεται υψηλό ποσοστό επιτυχίας, αυτή είναι μια βιολογική διαδικασία της οποίας τα αποτελέσματα δεν είναι εγγυημένα. Βάσει της εκτιμώμενης πρόγνωσής μου (σε κύκλο παραπάνω), ορισμένα δόντια δεν ανταποκρίνονται στη συντηρητική ενδοδοντική θεραπεία και παραμένουν συμπτωματικά. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε εκτεταμένη λοίμωξη, ανωμαλίες στο σχήμα της ρίζας, ρωγμές, κατάγματα ή άλλους λόγους. Τέτοια δόντια μπορεί να χρειαστεί να αφαιρεθούν εάν δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία. Εάν τα συμπτώματα επιμένουν 6 εβδομάδες μετά τη συντηρητική ενδοδοντική θεραπεία (απονεύρωση), η μικροχειρουργική προσέγγιση της ρίζας μπορεί να αποτελεί μία επιλογή για τη σωτηρία του δοντιού. Η εξαγωγή είναι επίσης η εναλλακτική λύση στη χειρουργική θεραπεία.

Μετά την ολοκλήρωση της ενδοδοντικής θεραπείας, το θεραπευμένο δόντι χρειάζεται να αποκατασταθεί είτε με κάποια στεφάνη είτε με κάποια έμφραξη από το προσωπικό μου οδοντίατρο. Η τελική αποκατάσταση θα πρέπει να πραγματοποιηθεί μέσα στις επόμενες 4-6 εβδομάδες από το πέρας της ενδοδοντικής θεραπείας. Σε περίπτωση που αυτό δεν γίνει, υπάρχει κίνδυνος επαναμόλυνσης του δοντιού ή κατάγματος και τελικά απώλεια του.

Ένας επανέλεγχος του δοντιού είναι απαραίτητος 6 και 12 μήνες μετά, προκειμένου να αξιολογηθεί η έκβαση της ενδοδοντικής θεραπείας.

Ένας επανέλεγχος του δοντιού είναι απαραίτητος 6 και 12 μήνες μετά, προκειμένου να αξιολογηθεί η έκβαση της ενδοδοντικής θεραπείας.

Το κόστος για τη συντηρητική ενδοδοντική θεραπεία είναι_____. Η παραπάνω χρέωση δεν περιλαμβάνει το κόστος για τη τελική αποκατάσταση, το κόστος της οποίας θα πρέπει να συζητηθεί με τον προσωπικό μου οδοντίατρο.

Όλες οι πληρωμές πραγματοποιούνται με το πέρας της υπηρεσίας.

Επιτρέπω στον κ. Κουρσούμη και το προσωπικό του να πραγματοποιήσουν συντηρητική ενδοδοντική θεραπεία στο δόντι μου και έχω κατανοήσει τους κινδύνους, τις επιλογές και τις εναλλακτικές λύσεις αυτής της θεραπείας.

Παρατηρήσεις:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή ασθενούς:

Ημερομηνία:

Υπογραφή μάρτυρα:

Ημερομηνία: