

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Bölcességfog eltávolítás a felső állcsontból  
(betegfelvilágosító dokumentum)

### Kedves Betegünk!

Vizsgálataink azt mutatják, hogy az Ön felső bölcességfoga számára nem áll/állt rendelkezésre elegendő hely ahhoz, hogy szokványos módon törjön elő és beilleszkedjen a felső fogsorba. Ennek következtében teljes mértékben vagy részben a csontfelszín alatt (retencióban) marad.

Az érintett fog eltávolítását a következők miatt ajánljuk:

- az ínyen részben már áttört a fogkorona körüli ismétlődő, kellemetlen panaszokat okozó gyulladás keletkezhet
- a csontban elhelyezkedő fogkorona körül a csontot elpusztító ciszta alakulhat ki
- a bölcességfog előtt elhelyezkedő őrleőfog a rendellenesen előtörő bölcességfog által kifejtett nyomás károsíthatja
- a rendellenesen előtörő fog körüli gyulladás a szervezet további részeire is átterjedhet, ún. Gócbetegséget okozhat
- a rendellenes irányban előtörő fog által kifejtett nyomás az egész alsó fogsort torzíthatja, harapási rendellenesség keletkezhet, fogszabályozó kezelés válhat szükségessé
- fogpótlások készítése előtt, későbbi szövődmények elkerülése miatt

### Műtét

Helyi érzéstelenítésben (ritkán narkózisban) leválasztjuk a fogínyt a csonttól és fúró vagy véső segítségével szabadabbá tesszük a fogat. Ezt követően – elhelyezkedéstől, mérettől függően – egy vagy több darabban eltávolítjuk. A műtétet követően arcduzzanat, szájnityási-nyelési korlátozottság, fájdalom, hőemelkedés jelentkezhet, ezek a panaszok 3-4 nap alatt fokozatosan megszűnnek. Egy héttel a műtétet követően a sebgyógyulás befejeződik. Amennyiben a fog eltávolítását követően varratok behelyezésére kerül sor, úgy azok eltávolítása egy hét múlva indokolt.

### Lehetséges szövődmények

A felső állcsonton végzett foghúzások során esetenként előfordul, hogy a fogak gyökerei benyúlnak az arcüregbe, ilyen esetben a foghúzást követően fistula alakulhat ki az arcüreg és a szájüreg között. A sebet ilyenkor műtétilag kell zárni. Tüsszentés, orrfújás ilyen esetben 6 hétig kontraindikált.

Ritka szövődménynek számít a felső állcsont törése, mely műtétilag vagy konzervatív úton eredményesen kezelhető.

Minden műtéti beavatkozást követően felléphetnek utóvérzések, sebgyógyulási zavarok, gyulladásos panaszok, a gyakorlatban azonban nem kell további szövődményektől tartani.

Annak érdekében, hogy a szövődmények előfordulásának kockázatát minimálisra csökkentsük, kérjük, hogy válaszolja meg az alábbi kérdéseket:

1. Tudomása szerint rendelkezik-e Ön valamely gyógyszer, kémiai anyag iránti érzékenységgel?  
Igen / Nem
2. Korábbi fogorvosi kezelések alkalmával jelentkeztek-e panaszok helyi érzéstelenítőszer alkalmazása illetve a kezelések kapcsán?  
Igen / Nem
3. Fogeltávolítás vagy sérülés kapcsán észlelt-e fokozott vérzést?  
Igen / Nem

4. Szed-e véralvadásgátló gyógyszereket?  
Igen / Nem

### Mi a teendő a beavatkozást követően?

Kérjük, hogy a műtét napján és az azt követő napokon a varratszedésig:

- ne dohányozzon, ne fogyasszon kávé vagy alkoholt
- tartózkodjon a test megerőltetéstől, a sok beszédétől
- a műtégi terület fölé eső lágyrészeket hidegvizes borogatással, jegeléssel hűtse
- puha, tejmentes, pépes ételeket fogyasszon
- ne fogyasszon apró magvas ételeket
- étkezéseket követően tiszta vízzel öblítse ki a száját
- a sebhez ne érjen
- fogait az érintett területen is tisztítsa, de óvatosan

A műtét kapcsán alkalmazott érzéstelenítőszer, a beavatkozás okozta stresszhatás korlátozhatják az Ön gépjárművezetői képességeit. Kérjük, hogy amennyiben ez megoldható, az injekció adását követően, 2-3 óra hosszan ne vezessen személygépkocsit, kerékpárt.

Kérjük, hogy esetleg utóvérzésről, erőteljes duzzanat kialakulásáról, magas lázról, erős fájdalomról vagy más Ön általános állapotát érintő – a műtétet követően kialakult – panaszáról értesítse kezelőorvosát.

### Nyilatkozat

Kezelőorvosom, Dr. \_\_\_\_\_ az elvégzendő beavatkozás menetéről, az esetleges szövődményekről, a kezelés elmaradása esetén várható következményekről számomra részletes felvilágosítást adott.

Az általa javasolt kezelésbe: beleegyezem / nem egyezem bele.

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Páciens aláírása

\_\_\_\_\_  
Kezelőorvos aláírása