

# ZALECANIA DOTYCZĄCE UŻYTKOWANIA APARATÓW RUCHOMYCH

1. Aparat zdejmowany wykonany jest z materiału akrylowego i elementów metalowych na podstawie indywidualnego wycisku pacjenta i jest zaprojektowany dla potrzeb pacjenta.
2. Aparat powinien być stabilnie utrzymany na zębach za pomocą tzw. metalowych klamer. Niedopuszczalne jest użytkowanie aparatu, który nie jest stabilny lub wywiera ucisk na błonę śluzową jamy ustnej. W razie problemów z dopasowaniem aparatu, należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza prowadzącego celem dopasowania aparatu. Nie należy samemu dokonywać napraw i prób dopasowania aparatu.
3. Czas użytkowania aparatu powinien wynosić **14-16 h na dobę codziennie**, aby uzyskać oczekiwane efekty leczenia.
4. Poza jamą ustną aparat przechowujemy w specjalnie do tego przeznaczonym **pudelku na sucho**. Należy go chronić przed dostępem zwierząt domowych. Zakazane jest noszenie aparatu w kieszeni lub plecaku bez pudełka, ponieważ delikatne elementy metalowe i płyta mogą ulec nieodwracalnemu uszkodzeniu.
5. Aparat myjemy szczoteczką zębową przeznaczoną do aparatu, używając jedynie letniej (nie gorącej) **wody i mydła** przed każdym włożeniem do jamy ustnej i po wyjęciu z niej. Nie zaleca się czyszczenia aparatu preparatami typu *Corega tabs* czy pastą do zębów, ponieważ na jego powierzchni mogą pojawić się pory sprzyjające odkładaniu się kamienia i drobnoustrojów. **UWAGA!!! Aparat odkształca się w temperaturze powyżej 90°C, więc mycie go w gorącej wodzie jest zabronione!**
6. Elementy czynne aparatu, czyli śruby należy aktywować według zaleceń lekarza prowadzącego przeznaczonym do tego **kluczykiem** w kierunku wskazanym przez strzałkę. Używanie innych narzędzi może skutkować uszkodzeniem aparatu i brakiem możliwości jego naprawy.  
Po każdej aktywacji śruby aparat będzie ściślej przylegał do zębów i przez kilka godzin może występować **dyskomfort** – z tego powodu nie należy przestawać nosić aparatu.
7. Zakazane jest spożywanie posiłków w aparacie, natomiast picie jest dozwolone.
8. Adaptacja do aparatu trwa kilka dni, zwiększa się wtedy wydzielanie śliny i utrudniona jest mowa. Po okresie adaptacji mowa i funkcjonowanie nie są zaburzone.
9. U pacjentów w trakcie wymiany uzębienia czasami konieczne jest dołożenie elementów czynnych lub utrzymujących do użytkowanego już aparatu przez technika dentystycznego na podstawie indywidualnego wycisku. Czasami zmiany w jamie ustnej są tak duże, że wymagane jest wykonanie nowego aparatu.
10. Leczenie aparatami ruchomymi nie wyklucza późniejszej konieczności leczenia aparatami stałymi. Efekt leczenia zależy od wzorca i tempa wzrostu, współpracy pacjenta i indywidualnej odpowiedzi biologicznej na leczenie.
11. Wizyty kontrolne odbywają się mniej więcej co 2 miesiące. Na wizytę kontrolną konieczne jest **przyniesienie aparatu** ze sobą. Konieczne jest **regularne zgłaszanie się na wizyty kontrolne** i zgłaszanie ewentualnych problemów dotyczących użytkowania aparatu. Jeżeli pacjentowi aparat przeszkadza, to 2 h przed wizytą mimo wszystko należy go założyć, aby lekarz na wizycie widział miejsca na błonie śluzowej odpowiadające niedopasowaniu aparatu.

Zapoznałem/am się i zobowiązuje się do przestrzegania powyższych zaleceń.

.....  
*Data i podpis rodzica/opiekuna*

Potwierdzam odbiór aparatu/aparatów mojego dziecka.

.....  
*Data i podpis rodzica/opiekuna*

## ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ORTODONTYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL .....

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie planowanego wyżej opisanego świadczenia zdrowotnego przez lek. dent. ....  
w klinice „Centrum Medyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego - Oddział Stomatologii. ul. Emilii Plater 21, 00-688 Warszawa”.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą zdrowotną. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotografii do dokumentacji medycznej.

### Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o rodzaju, istocie i technice zabiegów zmierzających do osiągnięcia celu poprzez leczenie ortodontyczne.
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobie leczenia,
3. o tym, że zakres pracy może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu
4. o konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
5. o tym, że warunkiem powodzenia leczenia jest pełne stosowanie się do zaleceń lekarza
6. o kosztach leczenia, które akceptuję

Zobowiązuję się do zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia, a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący. **Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.** Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Data, Podpis i pieczęć lekarza dentysty

Czytelny podpis pacjenta (Rodzica lub opiekuna)