

ZALECENIA PO EKSTRAKCJI

1. Po 30 min od zabiegu usunąć opatrunek.
2. Dwie godziny po zabiegu nie należy jeść i pić.
3. Jeść drugą stroną, tylko miękkie pokarmy.
4. W razie dolegliwości bólowych po ustąpieniu znieczulenia można zażyć środki przeciwbólowe.
5. Można przyłożyć zimny okład (zmniejszy obrzęk).
6. Przez pierwszy dzień nie wolno dotykać i płukać rany aby nie wypłukać skrzepu.
7. Nie szczotkować okolicy usuniętego zęba w dniu ekstrakcji, w dniach następnych szczotkować delikatnie.
8. Nie wolno palić papierosów 24 h po zabiegu.
9. W przypadku założenia szwów należy po okresie 7-10 dni zgłosić się na ich usunięcie.
10. W razie utrzymującego się obrzęku, szczękościsku, dolegliwości bólowych należy zgłosić się na kontrolę.

ZALECENIA PO IMPLANTACJI

1. Stosować zimne okłady, aby zapobiec obrzękom i krwawieniom.
2. W momencie gdy znieczulenie zaczyna ustępować zaleca się zażycie 1 tabletki p/c bólowej, kolejnej przed nocą.
3. Unikać jedzenia i picia gorących potraw i napojów, pokarmów twardych i kruchych.
4. Nie wolno palić papierosów 24 h po zabiegu.
5. Należy jak najszybciej zacząć przyjmować przepisany antybiotyk i zażywać go do końca opakowania.
6. W pierwszych 2-3 dniach po zabiegu należy unikać szczotkowania okolicy implantowanej.
7. Zaleca się płukanie jamy ustnej środkami przeciwbakteryjnymi (np. Eludril, Corsodyl).
8. Po okresie 7-10 dni należy zgłosić się celem usunięcia szwów.
9. Po zabiegu należy przestrzegać higieny jamy ustnej aby wyeliminować ryzyko powikłań.
10. Należy unikać wszelkich wysiłków – nie dźwigać ciężarów, nie uprawiać sportu.
11. W razie utrzymującego się obrzęku, szczękościsku, dolegliwości bólowych należy zgłosić się na konsultację.

INFORMACJE DLA PACJENTÓW LECZONYCH STAŁYMI APARATAMI ORTODONTYCZNYMI

WARUNKIEM POWODZENIA LECZENIA JEST ŚCIŚLE PRZESTRZEGANIE WSKAZÓWEK LEKARZA

1. Aparat przymocowany jest do zębów na stałe. Nie wolno samodzielnie go aktywować.
2. Zaraz po założeniu aparatu stałego, zęby stają się tkliwe i obolałe. Dolegliwości te będą trwały przez kilka dni. Aby je zmniejszyć, należy w tym czasie ograniczyć żucie twardych pokarmów. W razie dużych dolegliwości można zastosować doustny środek przeciwbólowy.
3. Przez cały czas aktywnego leczenia należy unikać bardzo twardych pokarmów (np. sucharów, orzechów, cukierków, popcornu, itp.) ze względu na możliwość uszkodzenia aparatu, oraz lepkich pokarmów (np. ciągnących cukierków, gumy do żucia) ponieważ resztki są trudne do oczyszczenia.
4. Należy myć zęby po każdym posiłku używając do tego specjalnych szczotek i pasty z fluorem, stosować płukanki. Bardzo przydatne w utrzymaniu idealnej higieny jamy ustnej podczas noszenia aparatu stałego są: irygator wodny lub szczoteczka soniczna, specjalne wyciorki, szczoteczki jednopęczkowe, nici ortodontyczne. Wszystkie środki higieniczne można nabyć w sklepach dla stomatologów lub niektórych aptekach. Lekarz nie odpowiada za powstanie ubytków próchnicowych lub innych powikłań, np. zapalenia dziąseł, powstałych z powodu nieprzestrzegania przez pacjenta właściwej higieny jamy ustnej.
5. Należy stosować się ściśle do poleceń lekarza. W przypadku zastosowania wyciągów elastycznych lub wyciągu zewnętrznego (headgeara), należy regularnie wymieniać gumki i przestrzegać czasu noszenia wyciągu. Niezastosowanie się do zaleceń przedłuży regulację zgryzu, a nawet uniemożliwi wyleczenie.
6. Na wizyty kontrolne należy zgłaszać się w ustalonych terminach, w celu regulacji aparatu i kontroli postępowania leczenia. Na wizyty należy przynosić szczotkę i pastę do zębów.
7. W sytuacji awaryjnej, gdy aparat ulegnie uszkodzeniu, obłuzowaniu, deformacji, odklei się zamek lub odcementuje się pierścień, należy skontaktować się jak najszybciej, aby ustalić „awaryjny” termin wizyty.
8. Raz na pół roku obowiązuje kontrola u swojego stomatologa, celem wykonania zabiegów higienizacyjnych takich jak skaling (usunięcie kamienia), piaskowanie lub ewentualnego leczenia ubytków próchnicowych. Stały aparat ortodontyczny nie jest przeciwwskazaniem do leczenia zębów.
9. Leczenie aktywne aparatem stałym może trwać przeciętnie 1,5-2,5 roku. Po jego zakończeniu, konieczne jest leczenie retencyjne (utrwalające), które powinno trwać przynajmniej 2 krotna ilość czasu noszonego aparatu. Najczęściej stosuje się wyjmowaną szynę lub płytkę górną i stały retainer na zęby dolne

ZALECENIA PO USUWANIU KAMIENIA I PIASKOWANIU

1. Ze względu na lakierowanie zębów po zabiegu przez 2 godziny nie jeść i nie pić.
2. W dniu zabiegu unikać picia napojów gazowanych, soków owocowych, kwaśnych produktów, słodczy, palenia papierosów oraz produktów które mogą przebarwiać zęby typu czerwone wino, soki porzeczkowe, aroniowe, buraki, jagody.
3. W dniu zabiegu można odstąpić od wieczornego szczotkowania zębów, wypłukać jamę ustną wodą.
4. Nadwrażliwość po zabiegu może trwać około tygodnia.
5. Na następny zabieg usuwania kamienia należy zgłosić się nie później niż po upływie 6 miesięcy.

ZALECENIA PO ODDANIU SZYNY

1. Szynę zakładamy na noc oraz w miarę możliwości jak najczęściej w ciągu dnia.
2. Po zdjęciu szynę należy wyczyścić szczoteczką oraz odłożyć do pojemnika na sucho, nie należy trzymać jej w wodzie.
3. Na kontrolę należy zgłosić się po miesiąc a następnie po 2 kolejnych.
4. W przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych należy zgłosić się do gabinetu wcześniej

ZALECENIA PO WYBIELANIU:

Wybielanie zębów powoduje ich odwodnienie. Ponowne ich nawodnienie następuje w ciągu kilku lub nawet kilkunastu dni. Razem z wodą do struktury zęba mogą przechodzić substancje barwiące z pożywienia. Dlatego zaleca się:

1. Niejedzenie przez godzinę po zabiegu
2. Przez tydzień stosowanie tzw. białej diety (ograniczenie kawy, herbaty, czerwonego wina coli i ciemnych soków owocowych ciemnych warzyw i owoców np. buraki, jagody). Należy unikać mocno kwaśnych potraw i napojów.
3. Zalecana jest specjalna higiena jamy ustnej-używanie pasty z dużą zawartością fluoru (pasta ta może wzmocnić efekt wybielania, zmniejsza nadwrażliwość zębów i poprawia gospodarkę wapniową w zębie)
4. Ograniczyć palenie papierosów
5. W razie wątpliwości i pytań należy skontaktować się z lekarzem dentystą

ZALECENIA PO LECZENIU ESTETYCZNYM

1. Należy stosować miękkie szczoteczki do zębów, aby uniknąć abrazji
2. Należy stosować pasty do zębów o małej ścieralności które mają obojętne/zasadowe pH i fluorki (pasty o dużej ścieralności i kwasowości mogą niszczyć powierzchnie uzupełnienia)
3. Nie stosować płynów do płukania i past zawierających chlorcheksydynę oraz fluorek cyny (mogą przebarwiać brzegi wypełnień)
4. Nie stosować płynów do płukania i past zawierających alkohol i mających kwaśne pH (mogą naruszyć uzupełnienia protetyczne)
5. Nie stosować produktów spożywczych oraz leków o nadmiernej zawartości kwasów
6. Należy unikać nadmiernego spożycia alkoholu oraz pokarmów i używek o działaniu przebarwiającym
7. Należy unikać nawyków związanych z narządem żucia (obgryzanie paznokci gryzienie długopisów)
8. Pacjenci z bruksizmem i para funkcjami - należy nosić szynę relaksacyjną
9. Należy zgłaszać się na wizyty kontrolne (jeżeli nie zalecono inaczej- min. co 6 miesięcy)

ZALECENIA PO LECZENIU KANAŁOWYM

1. Przez godzinę nie jeść i nie pić ze względu na wypełnienie - nie zęba materiałem chemoutwardzalnym.
2. Jeżeli było użyte znieczulenie miejscowe powstrzymać się przed jedzeniem do momentu jego ustąpienia ze względu na możliwość uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej.
3. W dniu leczenia i przez kilka najbliższych pacjent może odczuwać dyskomfort ze strony leczonego zęba.
4. W przypadku nasilenia się dolegliwości bólowych wskazania jest kontrola i ewentualna antybiotykoterapia.
5. Należy pamiętać o odbudowie zęba w ciągu 30 dni od zabiegu, chyba że lekarz zaleci inaczej.
6. Zdjęcie kontrolne należy wykonać po upływie 3m-cy, 6 m-cy i 1 roku od momentu zakończenia leczenia kanałowego.

ZALECENIA PO WYPEŁNIENIU

1. Wypełnienie kompozytowe nie ma czasowego ograniczenia w jedzeniu i piciu z wyjątkiem produktów, które mogą przebarwiać typu czerwone wino, buraki, jagody itp.
2. Wypełnienie chemoutwardzalne (Fuji IX, opatrunek) godzina bez jedzenia i picia.
3. W przypadku znieczulenia miejscowego (nasiękowe lub przewodowe) godzina do dwóch bez jedzenia (ze względu na możliwość uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej).

KWESTIONARIUSZ WYWIADU Z PACJENTEM

Nazwisko: Imię: Pesel:
Adres: Data urodzenia: Telefon kontaktowy:

Szanowny Pacjencie / Szanowna Pacjentko! Aby zabieg leczenia był prawidłowy, lekarz stomatolog musi zostać poinformowany o Państwa stanie zdrowia i przyjmowanych lekach. W interesie Państwa zdrowia proszę odpowiedzieć na następujące pytania według stanu Państwa wiedzy. Wszystkie te dane podlegają tajemnicy lekarskiej.

1. Czy są Państwo obecnie w trakcie leczenia przez lekarza ogólnego lub lekarza stomatologa?

Tak NIE (jeśli tak ,to z jakiego powodu?)

2. Czy przechodzili Państwo obecnie lub w przeszłości następujące choroby (proszę zaznaczyć): Hipertonia (wysokie ciśnienie) ,Cukrzyca ,Hipotonia (niskie ciśnienie) Choroby nerek, Angina pectoris(dusznica bolesna,dławica piersiowa) Padaczka, Zawał serca Reumatyzm ,Udar mózgu ,Gruźlica, Jaskra ,Żółtaczka, Astma, choroby wątroby, Schorzenia tarczycy i Inne choroby, jeśli tak to jakie:

3. Czy zażywają Państwo regularnie leków?

Tak NIE (jeśli tak ,to z jakiego powodu?)

(jeśli tak, to jakie?)

4. Czy są Państwo nadwrażliwi na określone leki lub substancje? Uczuleni? TAK NIE (jeśli tak ,to z jakiego powodu?)

5. Czy mają Państwo wszczepiony rozrusznik serca? TAK NIE

6. Czy występują u Państwa bóle podczas gryzienia, otwierania lub zamykania ust? TAK NIE

7. Czy występują u Państwa skłonności do krwotoków? TAK NIE

8. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zostali Państwo poddani badaniu radiologicznemu bądź naświetlaniu? TAK NIE

Wypełniają kobiety:

1. Czy jest Pani w ciąży? tak nie Jeśli tak, to w którym miesiącu?

2. Czy zażywa Pani tabletki antykoncepcyjne? TAK NIE

Data:

Podpis: