VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	**r. č.:** Zadejte RČ
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

EXTRAKCE (VYTAŽENÍ) STÁLEHO ZUBU / ZUBŮ

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Plánovaným zdravotním výkonem je extrakce (vytažení) určených zubů*.

19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29
49 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 39

*Poznámka: *Zuby určené k extrakci budou označeny zakroužkováním.*

Vysvětlení: První číslo v označení extrahovaného (vytaženého) zubu vyjadřuje oblast extrakce (1 – vpravo nahoře, 2 – vlevo nahoře, 3 – vlevo dole, 4 – vpravo dole). Druhé číslo vyjadřuje pořadí zubu v zubní řadě. Číslem 9 je označen zub nadpočetný.

Přínosem vytažení stálého, neošetřitelně poškozeného zubu, který již nelze zachovat, je úleva od bolesti, otoku či dlouhodobého dráždění. Vytažením zubu z důvodů ortodontických (rovnání zubů) nebo protetických (náhrada zubů) lze dosáhnout budoucí funkční a estetické úpravy chrupu.

Rizika zdravotního výkonu jsou následující:

Může dojít k zalomení kořene v lůžku a výkon může přejít v chirurgickou extrakci (vytažení zubu).

V horní čelisti při nepříznivých anatomických poměrech mohou kořeny zubů zasahovat do čelistní dutiny a jejich vytažením někdy dojde k vytvoření komunikace mezi dutinou ústní a dutinou čelistní. Tuto komplikaci je nutné ošetřit sešitím rány nevstřebatelným chirurgickým šicím materiálem.

V dolní čelisti při nepříznivých anatomických poměrech mohou kořeny zubů zasahovat do blízkosti kanálu, ve kterém probíhá nervově cévní svazek třetí větve trojklanného nervu. Ten se může při výkonu poškodit s následkem poruchy jeho funkce. Přechodně či trvale pak může dojít ke ztrátě citlivosti kůže a červeně poloviny dolního rtu na straně, kde byl zub extrahován (vytažen). Na vnitřní ploše dolní čelisti probíhá i nerv jazykový, jehož poraněním ze stejných příčin dochází k poruše citlivosti poloviny jazyka.

Při nadměrném oslabení čelistní kosti může dojít k její zlomenině, kterou je nutné ošetřit.

Při nebo po vytažení zubu se může objevit nadměrné krvácení rány z příčin místních i celkových (například při užívání léků, které se používají k ředění krve).

Používanými nástroji může dojít k poranění ústního koutku nebo k poškození sousedního zubu – nejčastěji k narušení jeho výplně nebo uvolnění nacementované korunky.

Po extrakci zubu se s časovým odstupem mohou projevit zánětlivé komplikace (zánět zubního lůžka nebo zánět čelistní kosti), ty je potom nutné ošetřit buď opakovanými drenážemi (zavedení hadiček do místa po vytažení zubu) nebo celkovým podáváním antibiotik.

U pacientů užívajících léky ovlivňující metabolismus kostí (např. bisfosfonáty) a jim podobná léčiva nebo u pacientů po ozařování v oblasti hlavy a krku může dojít ke vzniku nekrózy (odumření) části čelisti.

Vyloučit nelze ani riziko následných komplikací po použití anestezie (např. bušení srdce, mdloba). V případě vytažení stálého zubu je důsledkem jeho trvalá ztráta.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Ponechat zuby na místě a provést endodontické ošetření (ošetření kořenových kanálků), směřující k zachování zubu / zubů v ústní dutině. V některých případech (např. onemocnění parodontitidou - zánět závěsného aparátu zubu, ortodontické důvody) jiná vhodná alternativa není.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

V místní nebo celkové anestezii se pomocí extrakčních pák a kleští odstraní určené zuby.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:
Dle doporučení lékaře dodržovat klidový režim, jíst kašovitou stravu, chladit ledovými obklady, pečovat o hygienu ústní dutiny (čištění zubů, výplachy dutiny ústní), nesportovat.
Přechodná bolestivost a zvýšené krvácení po extrakci zubu / zubů, podávání léků proti bolesti, zvýšená teplota, otok, nemožnost žvýkání po dobu několika dnů, traumatické poškození anestezované (umrtvené) oblasti v důsledku přikusování. Bezprostředně po výkonu není vhodné z rány vysávat krev ani ústa často vyplachovat. Změna zdravotní způsobilosti se nepředpokládá.

Další potřebná léčba:
Kontrolní návštěva v dohodnutém termínu. V dlouhodobějším horizontu je další léčbou eventuální zhotovení fixní či snímatelné náhrady odstraněných zubů ošetřujícím stomatologem.

Poznámka:
Souhlasím s možným využitím mně vytrženého zubu/vytržených zubů pro vědecké a výzkumné účely a souhlasím s uložením zubu/ů na Stomatologické klinice a jeho/jejich použitím tak, jak je výše zmíněno. U zubu/ů nebudou uvedeny žádné údaje a nebudou prováděna žádná genetická vyšetření. Zub/zuby budou zlikvidovány pověřeným pracovníkem Stomatologické kliniky jako infekční odpad bezprostředně po ukončení výše uvedeného konkrétního účelu.

☐ **ano** ☐ **ne**

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:
V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:
Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.
Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:
Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

....
podpis pacienta / zákonného zástupce jméno, příjmení a podpis lékaře

.....
podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:
Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat: Zadejte důvod
Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....
jméno, příjmení a podpis svědka

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.