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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

ODSTRANĚNÍ KOSTNÍ CYSTY (ÚTVARU) ČELISTI

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je odstranění cysty (útvaru) čelisti a eventuálně i určených zubů*, které do cysty zasahují nebo jsou v její blízkosti.

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 (vytažení) budou označeny zakroužkováním, umístění cysty podtržením příslušného zubu nebo skupiny zubů, které do ní zasahují.*

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.

Předpokládaným prospěchem je prevence možných budoucích obtíží a komplikací.

Rizika výkonu jsou následující:

Při nebo po výkonu se může objevit nadměrné krvácení rány z příčin místních i celkových.

V dolní čelisti při nepříznivých anatomických poměrech může cysta nebo kořeny zubů zasahovat do blízkosti kanálu, ve kterém probíhá nervově cévní svazek, který se může poškodit s následkem poruchy funkce třetí větve trojklaného nervu, stejně tak může nastat přechodná porucha funkce jazykového nervu. Cysta v čelisti horní může zasahovat i do čelistní dutiny. Proto je třeba po jejím odstranění provést sešití komunikace mezi dutinou ústní a čelistní nevstřebatelným chirurgickým šicím materiálem.

Při nadměrném oslabení čelistní kosti může dojít k její zlomenině, která si vyžádá adekvátní ošetření.

Mohou nastat i zánětlivé komplikace (hnisání rány nebo zánět čelistní kosti).

Nelze vyloučit ani riziko spojené s použitím anestezie, např. bušení srdce, mdloba. V případě vytažení stálého zubu je důsledkem jeho trvalá ztráta.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

K tomuto výkonu není alternativy. Pokud se cysta neodstraní a tkáň cysty nebude histologicky vyšetřena, nelze kompletně pacienta informovat o charakteru nálezu v čelisti.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V místní či celkové anestezii se provede řez v oblasti dásně, odklopí se měkké tkáně a v potřebném rozsahu se odvrtá kost nad cystou. Ta se postupně šetrně odloučí í od kosti, vyjme se a odešle na histologické vyšetření. Pokud není možné zub zasahující do cysty nebo její blízkosti zachovat, je v celku či po částech odstraněn. Kostní okraje se ohladí a rána se zašije vstřebatelným chirurgickým šicím materiálem.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Po výkonu je pacientovi doporučován fyzický klid, studené obklady, užívání léků proti bolesti či jiných léků ordinovaných a doporučených lékařem. Vhodná je kašovitá nebo mixovaná strava, dodržování zvýšené péče o hygienu dutiny ústní (čištění zubů, výplachy dutiny ústní). Není však vhodné z rány po extrakci zubu vysávat krev ani ústa často vyplachovat. Délka pracovní neschopnosti se řídí celkovým zdravotním stavem pacienta a povahou jeho zaměstnání. Pravděpodobně nedojde ke změně zdravotní způsobilosti.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Další potřebná léčba: Eventuální protetická náhrada chybějících zubů ošetřujícím stomatologem.	
Poznámka:	

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

.....	.....
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/a se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

.....
jméno, příjmení a podpis svědka