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 CYSTY (ÚTVARU) MĚKKÝCH TKÁNÍ DUTINY ÚSTNÍ**	

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

Účelem výkonu je odstranění cysty (útvaru) měkkých tkání oblasti dutiny ústní.

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. Úkolem operatéra je tuto eventuální komplikaci zvládnout místním ošetřením.

Mohou nastat i zánětlivé komplikace (hnisání rány), proto jsou pacientovi v některých případech po operaci podávána antibiotika.

Může dojít k deformaci měkkých tkání v místě vzniklé jizvy. Nelze vyloučit ani riziko spojené s použitím anestezie, např. bušení srdce, mdloba.

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 a další eventuální léčbě.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Operace se provádí v místě přítomnosti cysty z přístupu zevního nebo z přístupu z úst. V místní nebo celkové anestezii se provede řez v oblasti cysty, ta se postupně šetrně odloučí od okolních tkání, vyjme se a odešle na histologické vyšetření. 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).

Délka pracovní neschopnosti se řídí celkovým zdravotním stavem pacienta a povahou jeho zaměstnání. Změna zdravotní způsobilosti po tomto ošetření se nepředpokládá.

Další potřebná léčba:

Dle závěru histologického vyšetření, obvykle nebývá nutná.

Poznámka:

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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