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):

OŠETŘENÍ VYRAŽENÝCH NEBO ZLOMENÝCH ZUBŮ

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

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.*

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.

Účelem tohoto zdravotního výkonu je navrácení vyražených nebo zlomených zubů do původního skusu, do správného postavení a následně jejich upevnění v této pozici dlahou. Po výkonu je patrná přítomnost dlahy na viditelné ploše zubů po dobu několika týdnů. Je doporučené dlouhodobé sledování vitality (životaschopnosti, reakce na chlad) ošetřených zubů.

Předpokládaným prospěchem je snaha o zachování vlastního zubu, a tím v maximální možné míře navrácení původní funkce zubních oblouků.

Rizika výkonu jsou následující:

V souvislosti s úrazem může časem dojít ke ztrátě citlivosti zubů a zub je potom nutné ošetřit kořenovou výplní. Po navrácení zubů do původní pozice může dojít k prokrvácení rány nebo k zánětlivým komplikacím v místě rány. Zub se nemusí do své původní pozice přihojit a pak je nutné ho s časovým odstupem extrahovat (vytáhnout). V místě postiženém úrazem může dojít i k rozvoji chronické bolesti.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

K tomuto výkonu není alternativy.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V místní nebo celkové anestezii se zub vrátí do původní pozice a v té se připevní k sousedním zubům pomocí dlahy, která je nejčastěji zhotovena z drátu připevněného k zubům pryskyřicí. Pokud je odlomena část zubu, je nutné lomnou plochu buď zabrousit, nebo ošetřit provizorním materiálem. Zasahuje-li zlomenina zubu do dřeňové dutiny, je nutné odstranit z kořenového kanálku nerv a ošetřit jej provizorní kořenovou výplní.

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:

Sanace (ošetření) chrupu a eventuální náhrada chybějících zubů ošetřujícím stomatologem.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
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