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 ZLOMENINY LÍCNÍHO KOMPLEXU**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto výkonu je úprava postavení zlomeniny do normálního (anatomického) postavení a eventuálně i její zpevnění pomocí titanových minidlah a minišroubů. Předpokládaným prospěchem je obnovení původního estetického a souměrného vzhledu obličeje, který byl úrazem narušen. Rizika výkonu jsou následující: Krvácení z nosu. Obrna lícního nervu s přechodným či trvalým narušením pohyblivosti stranově příslušné poloviny obličeje. Porucha citlivosti kůže ve střední části obličeje na straně úrazu. Krvácení do tkání za okem s rizikem útlaku zrakového nervu a oslepnutí. Dvojité vidění, porucha pohyblivosti oka, slzení, jizevnaté změny na víčku, které mohou vést k odtahování víčka od oka nebo naopak k jizevnatému stočení víčka uvnitř směrem k oku s jeho drážděním. Rozpad rány, esteticky rušivé jizvy. Oploštění líce s poruchou souměrnosti obličeje nebo naopak zvýraznění lícní krajiny na straně úrazu. Vada skusu. Nemožnost uzavřít či zcela otevřít ústa. Zánětlivé komplikace: hnisání měkkých tkání, šíření infekce do přilehlých kostí.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: K tomuto výkonu není alternativy. Pouze neošetřovat pacienta a ponechat kosti v postavení, které vzniklo po úrazu.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Výkon proběhne v celkové anestezii. Srovnání zlomených úlomků do správného anatomického postavení se provede pomocí k tomu určených nástrojů z přístupu z ústní dutiny nebo z přístupu zevního. Možný je i přístup kombinovaný. Při zevním přístupu je řez veden v oblasti horního i dolního očního víčka, v některých případech je veden spojivkou dolního očního víčka.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Po výkonu se pacientovi doporučuje 2 týdny nesmrkat, užívat analgetika, neboť může být přítomna bolest. Je nutná prevence úderů do operované oblasti po dobu 6 týdnů. Délka pracovní neschopnosti se řídí celkovým zdravotním stavem pacienta a povahou jeho zaměstnání. Změna zdravotní způsobilosti po tomto ošetření se nepředpokládá.	
Další potřebná léčba: Pooperační kontroly v dohodnutých termínech.	
Poznámka:	

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.:**

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