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 OBLOUKU**
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: Porucha citlivosti kůže v okolí zlomeniny. Prokrvácení rány, výpotek v ráně, hnisání rány. Nepříznivé postavení zlomeniny, infikování zlomeniny, chronická bolest, porucha otevírání úst, obrna lícního nervu.
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. Kostní hák zavedený pod lícní oblouk jej vyzvedne do správného postavení. Pokud zlomenina nebude stabilní, je nutné z řezu přibližně 2 cm za vlasovou hranicí oboustranně odklopit měkké pokrývky lební směrem ke zlomenině. Ta se následně zpevní ve správném postavení titanovými dlahami a šrouby. Měkké pokrývky lební se šijí po vrstvách.
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 klidový režim, šetřící strava a užívání léků na bolest, 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:
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:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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