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 DÁSŇOVÉHO VÝBĚŽKU ČELISTI S EVENTUÁLNÍ EXTRAKCÍ (VYTAŽENÍM) OZNAČENÝCH 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

**Zuby určené k extrakci 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 výkonu je úprava postavení zlomeniny do normálního (anatomického) postavení.

Předpokládaným prospěchem je obnovení původního skusu a tím i funkce dutiny ústní, která byla úrazem narušena.

Rizika výkonu jsou následující:

Porucha citlivosti zubů. Prokrvácení rány, výpotek v ráně, hnisání rány. Rozpad rány. Porucha skusu, nepříznivé postavení zlomeniny, infekce zlomeniny, zánět kosti čelisti, chronická bolest.

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 místní nebo celkové anestezii. Zlomenina se vrátí do původního postavení pomocí speciálních nástrojů. Poté se zavedou buď šrouby do kosti horní i dolní čelisti anebo drátěné dlahy kolem zubů horní a dolní čelisti. Dlahy nebo šrouby se navzájem spojí pomocí elastických nebo drátěných vazeb a v tomto postavení se nechá zlomenina zhojit. Zlomená část kosti se v některých případech zpevní pomocí titanových dlah a šroubků.

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, šetřicí strava a užívání analgetik, neboť může být přítomna bolest.

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

Další potřebná léčba:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
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:

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