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 DOLNÍ ČELISTI ZEVNÍ DLAHOU 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 zpevnění vzájemného postavení úlomků s následným zmírněním bolestivosti.

Rizika výkonu jsou následující:

Porucha citlivosti zubů a měkkých tkání na straně úrazu v rozsahu, který zajišťuje dolní (třetí) větev trojklanného nervu. Prokrvácení rány, výpotek v ráně, hnisání rány. Rozpad rány. Přetrvávající porucha skusu, nepříznivé postavení zlomeniny, infekce zlomeniny, kolemčelistní hnisavý zánět, zánět v kosti čelisti, chronická bolest obličeje.

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. Ze zevního přístupu přes kůži se zavedou do pevných částí čelisti dlouhé drátěné trny, které se připevní do rámové konstrukce (zevního fixátoru, dlahy) pomocí svorek, které se dotáhnou pomocí šroubů a matek. Okolí drátěných trnů se překryje krycím materiálem.

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:

V případě příznivého průběhu se současně s odstraněním zevní dlahy trvale zpevní oblast zlomeniny pomocí titanových dlah a šroubků, které již zevně přes kůži nepronikají. Je tedy nutné dopředu počítat s možností druhé následné operace.

Pooperační kontroly v dohodnutých termínech.

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