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 ČELNÍ DUTINY**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto výkonu je úprava postavení zlomeniny do normálního (anatomického) postavení a zpevnění úlomků dlahou. Předpokládaným prospěchem je obnovení původního estetického a souměrného vzhledu obličeje, který byl úrazem narušen a obnovení funkce vedlejších nosních dutin. V případě repozice (srovnání úlomků do správné polohy) provedené přístupem ve vlasové části hlavy je však nutné i oholení nebo alespoň výrazné zkrácení vlasů. Rizika výkonu jsou následující: Zánětlivé komplikace: hnisání měkkých tkání, šíření infekce do přilehlých kostí. Poškození citlivosti kůže a sliznice nosu, porucha citlivosti kůže čela. Chronické záněty čelních dutin.
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. K proniknutí ke kosti se využije stávajícího poranění kůže. Pokud toto neexistuje, pak řezem přibližně 2 cm za vlasovou hranicí oboustranně se odklopí měkké pokrývky lební až ke zlomenině. Zlomenina se zpevní ve správném postavení titanovými dlahami a šrouby. Měkké pokrývky lební se sešijí 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 několik dní 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 ošetření tohoto typu úrazu 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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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