**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):**<br>**OŠETŘENÍ ZLOMENINY HORNÍ ČELISTI A KOMPLEXNÍCH ZLOMENIN OBLIČEJOVÉ KOSTRY Z KOMBINOVANÉHO ÚSTNÍHO A ZEVNÍHO PŘÍSTUPU** | |
| **Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:**<br>Účelem tohoto výkonu je úprava postavení zlomeniny do normálního (anatomického) postavení a zpevnění úlomků dlahou.<br>Předpokládaným prospěchem je obnovení původního estetického a souměrného vzhledu obličeje, který byl úrazem narušen a zachování původní funkce chrupu a vedlejších nosních dutin.<br>Rizika výkonu jsou následující:<br>Nadměrné krvácení z nosu. Zánětlivé komplikace: hnisání měkkých tkání, šíření infekce do přilehlých kostí. Poškození citlivosti kůže a sliznice nosu, porucha citlivosti kůže čela. Vybočení nosní přepážky se sníženou vzdušností dutiny nosní jednostranně a eventuálně s chronickými záněty dutin. | |
| **Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:**<br>K tomuto výkonu není alternativy. Pouze neošetřovat pacienta a ponechat kosti v postavení, které vzniklo po úrazu. | |
| **Zdravotní výkon bude probíhat takto:**<br>Výkon proběhne v celkové anestezii. Zavedou se šrouby do kosti horní i dolní čelisti a drátěné dlahy kolem zubů horní a dolní čelisti. Dlahy a šrouby horní a dolní čelisti se navzájem spojí. Řezem sliznice a okostice se obnaží místa, kde došlo k poškození kosti horní čelisti. Rozlomené kosti se navrátí do správného postavení a titanovými dlahami a šrouby se navzájem spojí. Vedou se další řezy v oblasti horního víčka a pronikne se k zevní stěně očnice, kde se zlomena zpevní titanovými dlahami a šrouby oboustranně. Při mnohočetných zlomeninách se řez vede přibližně 2 cm za vlasovou hranicí, odklopí se celý kožní kryt čela až po lícní kosti a pronikne se k lícnímu oblouku a kořeni nosu, kde se kost sešroubuje do správného postavení. Následně se všechny rány zašijí. Zruší se drátěné vazby mezi horní a dolní čelistí a čelisti se k sobě spojí gumičkami. | |
| **Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:**<br>Po výkonu se pacientovi doporučuje užívat několik dní analgetika, neboť může být přítomna bolest. Je nutná prevence úderů do operované oblasti po dobu 6 týdnů.<br>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:**<br>Pooperační kontroly v dohodnutých termínech. | |
| **Poznámka:** | |

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.

# 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