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): **KORNIKOTOMIE (NÁŘEZY POVRCHOVÉ VRSTVY KOSTI) SE ZAVEDENÍM KOTEVNÍCH IMPLANTÁTŮ**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem výkonu je provedení nářezů v kosti pro usnadnění ortodontické léčby (léčba vedoucí ke srovnání zubních oblouků) a zavedení kotevních implantátů k upevnění ortodontických tahů. Předpokladem je současné rozšíření zubního oblouku a uzávěr otevřeného skusu. Rizika výkonu jsou následující: Nadměrné krvácení rány. Zánětlivé komplikace (hnisání rány nebo zánět čelistní kosti). Poškození okolních měkkých tkání, cév a nervů.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Konzervativní (neoperační) ortodontická terapie s nejistým výsledkem.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: V celkové anestezii se z řezů v ústech provedou řezy v povrchové vrstvě kosti čelisti. V horní čelisti se nad úroveň řezu kosti přišroubují titanové dlahy s očky, uzpůsobenými k zavěšení gumových tahů. Do dolní čelisti se eventuálně zavedou kotevní šrouby. Následuje sešití ran.
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Po výkonu je pacientovi doporučován fyzický klid, studené obklady, užívání léků proti bolesti či jiných léků ordinovaných a doporučených lékařem. Vhodná je kašovitá nebo mixovaná strava, dodržování zvýšené péče o hygienu dutiny ústní (čištění zubů, výplachy dutiny ústní). 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, pokračující ortodontická léčba do stabilizace stavu.
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:

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.:**
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	