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): **ARTROCENTÉZA ČELISTNÍHO KLOUBU** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO** ☐ **OBOUSTRANNĚ**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem výkonu je výplach a rozrušení srůstů v čelistním kloubu. Předpokládaným prospěchem je zmírnění bolesti a zlepšení hybnosti čelistního kloubu méně zatěžujícím výkonem. Rizika výkonu jsou následující: Nadměrné krvácení rány. Zánětlivé komplikace (hnisání rány nebo zánět čelistního kloubu). Poškození měkkých tkání, cév a nervů (lícní nerv). Otok krku v důsledku úniku vyplachovací tekutiny mimo kloub, zhoršené dýchání. Zalomení nástrojů v kloubu. Omezená hybnost čelisti.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Artroskopie čelistního kloubu v celkové anestezii. Rozsah výkonu je větší, má větší rizika. Operatér nemůže kloubní štěrbinu prohlédnout a popsat pacientovi patologické změny v kloubu.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: V místní anestezii se provede výplach čelistního kloubu infuzním roztokem.
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. Změna zdravotní způsobilosti po tomto ošetření 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 odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.

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.:**

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