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): **INTRAARTIKULÁRNÍ APLIKACE KYSELINY HYALURONOVÉ DO ČELISTNÍHO KLOUBU** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO** ☐ **OBOUSTRANNĚ**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem výkonu je aplikace kyseliny hyaluronové do kloubního prostoru čelistního 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). Zalomení nástrojů v kloubu. Omezená hybnost čelisti.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Artroskopie čelistního kloubu v celkové anestezii.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Kyselina hyaluronová se aplikuje injekčně - zevně do čelistního kloubu.
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. Bolest může být přítomna několik dní po operaci, proto je vhodné v prvních dnech po zákroku dál užívat analgetika. 3 dny po aplikaci je doporučována jen kašovitá nebo mixovaná strava. Po dobu 5 dnů je nutné minimálně otevírat ústa, po 5 dnech otevírat ústa postupně, na hranici bolesti. Celkově je možné očekávat úpravu otevírání úst cca do 6 týdnů od operace. 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

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.:**

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