**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>**ARTROSKOPIE ČELISTNÍHO KLOUBU S OPERAČNÍ ÚPRAVOU KLOUBNÍCH STRUKTUR**<br>☐ **VPRAVO**<br>☐ **VLEVO**<br>☐ **OBOUSTRANNĚ** |
| **Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:**<br>Účelem výkonu je pohled do čelistního kloubu, jeho výplach a rozrušení srůstů v kloubu, posunutí kloubní ploténky do fyziologické polohy.<br>Předpokládaným prospěchem je zmírnění bolesti a zlepšení hybnosti čelistního kloubu méně zatěžujícím výkonem.<br>Rizika výkonu jsou následující:<br>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:**<br>Totální náhrada čelistního kloubu. |
| **Zdravotní výkon bude probíhat takto:**<br>V celkové anestezii se nejprve provede výplach čelistního kloubu. Poté se z malého kožního řezu před uchem zavede do kloubu kamera artroskopu. 2 cm před zavedenou kamerou se zavádí druhá jehla (o průměru 2 mm), kterou je možné zavést do kloubu pracovní nástroje, kleště, laserové vlákno. Po ukončení výkonu se kožní rány sešijí. |
| **Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:**<br>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 výkonu 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.<br>Změna zdravotní způsobilosti po tomto ošetření se nepředpokládá. |
| **Další potřebná léčba:**<br>Pooperační kontroly v dohodnutých termínech. |
| **Poznámka:** |

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.:** |
|---|---|

**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