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):

DISKEKTOMIE ČELISTNÍHO KLOUBU

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**
☐ **OBOUSTRANNĚ**

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Účelem výkonu je otevření čelistního kloubu zevně, před uchem, odstranění srůstů v kloubu, odstranění kloubního disku.

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). Jizva. I přes provedenou operaci nemusí dojít k úplnému odstranění obtíží.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Totální náhrada čelistního kloubu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V celkové anestezii se nejprve provede otevření čelistního kloubu. Poté se provede odstranění srůstů v kloubu, odstranění kloubního disku. Po ukončení výkonu se kožní rána sešije.

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 výkonu je doporučována jen kašovitá nebo mixovaná strava. Po dobu 3 dnů je nutné minimálně otevírat ústa, po 3 dnech otevírat ústa postupně, na hranici bolesti. Celkově je možné očekávat úpravu otevírání úst cca do 6 týdnů od operace.

Nákusná dlaha se používá během prvních 3 dnů na dobu 24 hodin denně, od 4. pooperačního dne se používá pravidelně na noc. Stehy z operační rány se odstraňují 7. den po operaci.

Změna zdravotní způsobilosti po tomto ošetření se nepředpokládá.

Další potřebná léčba:

Pooperační kontroly v dohodnutých termínech.

Poznámka:

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