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): **KORONOIDEKTOMIE SVALOVÝCH VÝBĚŽKŮ DOLNÍ ČELISTI** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO** ☐ **OBOUSTRANNĚ**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem výkonu je odstranění svalového výběžku dolní čelisti. Předpokládaným prospěchem je zlepšení hybnosti dolní čelisti, zlepšení otevírání úst. Rizika výkonu jsou následující: Nadměrné krvácení rány. Zánětlivé komplikace (hnisání rány nebo zánět čelistního kloubu). Poškození měkkých tkání, cév a nervů (lícní nerv). Jizva.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Výkon nemá alternativu.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: V celkové anestezii se nejprve provede řez, který je veden v ústech, za dolními stoličkami. Poté se provede odstranění svalového výběžku. Po ukončení výkonu se 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:
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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