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, UVOLNĚNÍ ŽVÝKACÍCH SVALŮ** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO** ☐ **OBOUSTRANNĚ**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem výkonu je odstranění svalového výběžku dolní čelisti a uvolnění žvýkacích svalů v oblasti hrany 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. Následuje řez pod dolní čelistí, kterým se pronikne na hranu dolní čelisti, uvolní se žvýkací svaly od čelisti, obrousí se hrana dolní čelisti. 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:

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