VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	**r. č.:** Zadejte RČ
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

ZVĚTŠENÍ OBJEMU KOSTNÍ TKÁNĚ ČELISTI

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

Účelem výkonu je zvětšení objemu kostní tkáně pro zamýšlenou implantaci. Při tomto postupu jsou vždy dva operační vstupy, jeden v místě odběru tkáně a druhý v místě augmentace - volný kostní bloček, získaný z bradové oblasti dolní čelisti nebo z úhlu dolní čelisti, se přenese do oblasti defektu v místě plánovaného zavedení implantátu.

Předpokládaným prospěchem je získání dostatku kosti k budoucí implantaci.

Rizika výkonu jsou následující:

Nadměrné krvácení rány. Zánětlivé komplikace (hnisání rány nebo zánět čelistní kosti). Část přenesené kosti se zcela jistě vstřebá, v mezních případech je možné vstřebání i celého kostního bloku. Bolest a otok bradové krajiny a krajiny úhlu čelisti. Hnisání, rozestup rány. Brnění, necitlivost brady, vzácně trvalé. Poškození měkkých tkání, cév a nervu dolní čelisti a jazykového nervu.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativou je doplnění chybějící kosti syntetickým nebo přírodním materiálem - augmentátem a jeho překrytí membránou pro řízenou kostní regeneraci. Vlastní kost v bločku má ale vyšší úspěšnost při vhojování, než materiály kost nahrazující.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V celkovém, místním znecitlivění nebo analgosedaci (kombinace místního znecitlivění a uklidňujících léků) se z řezů v ústech provede odkrytí měkkých tkání nad defektem, který je třeba vyplnit. Poté se odklopí sliznice bradové oblasti nebo v oblasti úhlu čelisti, vyřízne se kostní bloček frézou nebo pomocí ultrazvukového nože a přenese do defektu čelisti. Následuje připevnění dvěma titanovými mikrošrouby a zašití ran chirurgickým šicím materiálem.

Tento výkon není hrazen ze zdravotního pojištění, proto je nutné, aby byl pacient před výkonem informován o ceně.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Po výkonu se může rozvinout bolest, otok, krevní výron, omezené otvírání úst, obtížné ukusování, žvýkání, zhoršený příjem potravy, ztížená řeč. Pacientovi je doporučován fyzický klid, užívání léků proti bolesti či jiných léků ordinovaných nebo doporučených lékařem.

Změna zdravotní způsobilosti po tomto ošetření se nepředpokládá.

Další potřebná léčba:

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	**r. č.:** Zadejte RČ
Zavedení implantátu do vhojeného štěpu a následná protetická rekonstrukce.	
Poznámka:	

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

.....	.....
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 se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....

jméno, příjmení a podpis svědka