**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):**

**SINUS LIFT - DOPLNĚNÍ CHYBĚJÍCÍ KOSTI NA DNO ČELISTNÍ DUTINY**

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

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

Účelem výkonu je nahrazení nedostatku kosti v místě plánovaného zavedení dentálního implantátu. To bývá nejčastěji v postranních úsecích horní čelisti, neboť zde se nacházejí čelistní dutiny, které kost zeslabují. Při tomto postupu je nutný operační výkon, ale protetické ošetření následuje až s časovým odstupem většinou 6 měsíců.

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 doplněné kosti se zcela jistě vstřebá, v mezních případech je možné vstřebání i celého augmentátu (kostní náhrady). Bolest a otok obličeje, krevní výrony v oblasti dolních očních víček. Hnisání, rozestup rány. Brnění, necitlivost části horního rtu, vzácně trvalé.

**Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:**

Alternativou je klasické protetické řešení, zhotovení fixní nebo snímatelné zubní náhrady.

**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 na postranní ploše horní čelisti. Frézou nebo pomocí ultrazvukového nože se zde odstraní kostní okénko, kterým se pronikne ke sliznici čelistní dutiny a ta se speciálními nástroji odloučí od kosti a zdvihne do výšky. Prostor pod ní se vyplní augmentačním materiálem. V příznivých případech lze současně zavést implantáty. Následuje sešití rány nevstřebatelným 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:** **r. č.:** |
| Zavedení implantátu do vhojené zesílené kosti 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/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:**<br>V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:<br>**Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.**<br>Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:<br><br>V Praze dne<br><br>…… ……<br>podpis pacienta / zákonného zástupce jméno, příjmení a podpis lékaře<br><br>……<br>podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností |
| **Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat**:<br>Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:<br>Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:<br><br>……<br>jméno, příjmení a podpis svědka |

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.