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): **BONE SPLIT - ROZTĚTÍ ALVEOLÁRNÍHO VÝBĚŽKU ČELISTI**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Pozice, v níž bude proveden Bone split, bude označena zakroužkováním. **18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28** **48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38** *Vysvětlení: První číslo v označení zubu, který bude nahrazen, vyjadřuje oblast náhrady (1 – vpravo nahoře, 2 – vlevo nahoře, 3 – vlevo dole, 4 – vpravo dole). Druhé číslo vyjadřuje pořadí zubu v zubní řadě.* Účelem výkonu je získání dostatku prostoru v čelistní kosti k budoucí implantaci. Při tomto postupu ale protetické ošetření následuje až s časovým odstupem většinou 6 měsíců. Předpokládaným prospěchem je úprava čelistní kosti k budoucí implantaci. Rizika výkonu jsou následující: Nadměrné krvácení rány. Zánětlivé komplikace (hnisání rány nebo zánět čelistní kosti). Část kosti v místě operace se vstřebá, v mezních případech je možné vstřebání i větší části kosti alveolu. Bolest a otok obličeje, krevní výrony. Hnisání, rozestup rány.
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 nad defektem. Frézou nebo pomocí ultrazvukového nože se nařízne kost čelisti na vrcholu a pomocí dláta či expanderů (rozpínáků) se obě části oddálí. Do takto vzniklého prostoru se zavede implantát. 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 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/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