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):

ZAVEDENÍ DENTÁLNÍHO IMPLANTÁTU DO ČELISTI

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

Pozice, do níž bude zaveden implantát, 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 vyjadřuje oblast operace (1 – vpravo nahoře, 2 – vlevo nahoře, 3 – vlevo dole, 4 – vpravo dole). Druhé číslo vyjadřuje pořadí nahrazovaného zubu v zubní řadě.

Účelem výkonu je náhrada chybějících zubů dentálními (zubními) implantáty z čistého titanu nebo jeho slitin, které jsou zavedené přímo do čelistní kosti. Ty lze protetickou náhradou zatížit s časovým odstupem, pouze v určitých situacích okamžitě.

Předpokládaným prospěchem je náhrada chybějících zubů, což následně umožní zhotovení fixní zubní náhrady bez nutnosti broušení stávajících zubů anebo v případě snímatelné zubní náhrady výrazné zlepšení její retence (pevného umístění snímatelné zubní náhrady v ústech).

Rizika výkonu jsou následující:

Nadměrné krvácení rány. Zánětlivé komplikace (hnisání rány nebo zánět čelistní kosti). Bolest a otok obličeje, krevní výrony. Hnisání, rozestup rány. Porucha citlivosti v obličeji, pokud dojde ke dráždění větve trojklanného nervu implantátem. Nevhojení implantátu.

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 a postupně se připraví po sobě jdoucími vrtáky lože v kosti. Do takto vzniklého prostoru se zavede implantát. Následuje sešití rány 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.

Dále se doporučují:

- následné kontroly dutiny implantologem 1x ročně; u pacientů kuřáků nad 15 cigaret denně kontroly implantologem 2 x ročně,
- ošetření chrupu dentální hygienistkou nejméně 2x ročně se zajištěním indexu krvácivosti dásní do hodnoty 15% (hodnotí dentální hygienistka); u pacientů kuřáků nad 15 cigaret denně ošetření

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

chrupu dentální hygienistkou 1x za tři měsíce.
Změna zdravotní způsobilosti po tomto ošetření se nepředpokládá.

Další potřebná léčba:
Následná protetická rekonstrukce.

Poznámka:
Pacient bere na vědomí, že záruka na dentální implantát se nevztahuje na poškození nebo zhoršení zdravotního stavu pacienta/dentálního implantátu způsobené mechanicky, při úrazu, v důsledku onemocnění postihujícího kosti či imunitní systém pacienta (onkologické onemocnění, agresivní formy osteoporózy, apod.), v důsledku nerespektování poučení a doporučení sdělených poskytovatelem v souvislosti s poskytnutou zdravotní péčí.

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