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):

SEKVESTREKTOMIE - ODSTRANĚNÍ SEKVESTRU Z ČELISTNÍ KOSTI S EVENTUÁLNÍ EXTRAKCÍ (VYTAŽENÍM) ZUBŮ

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

Zuby určené k extrakci budou označeny zakroužkováním, rozsah operace podtržením operované oblasti.

19 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29

49 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 39

Vysvětlení: První číslo v označení extrahovaného (vytaženého) zubu vyjadřuje oblast extrakce (1 – vpravo nahoře, 2 – vlevo nahoře, 3 – vlevo dole, 4 – vpravo dole). Druhé číslo vyjadřuje pořadí zubu v zubní řadě. Číslem 9 je označen zub nadpočetný.

Účelem výkonu je odstranění kostních sekvestrů (nekrotické odumřelé kostní tkáně).

Předpokládaným prospěchem je zmírnění/odstranění bolesti.

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 v průběhu operace nebo po ní.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Výkon nemá alternativu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V celkové, místní anestezii nebo analgosedaci (kombinace místního znecitlivění a uklidňujících léků) se z řezů v ústech provede odkrytí měkkých tkání nad odumřelou kostní tkání, ta se odstraní a provede se vyčištění rány s opakovanými výplachy dezinfekčním roztokem. Rána se po úpravě okrajů měkkých tkání sešije chirurgickým šicím materiálem.

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. Může nastat trvalá nebo přechodná porucha citlivosti dolního rtu a brady, eventuálně i jazyka. 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:

Pravidelné kontroly v dohodnutých termínech, další ošetření dle rozvoje možných komplikací.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
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