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): **REVIZE ČELISTNÍ DUTINY**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto zdravotního výkonu je odstranění případného zánětu a pročištění čelistní dutiny pravé či levé strany, vytvoření okénka do dolního průchodu nosního. Předpokládaným prospěchem je zlepšení zdravotního stavu pacienta. Rizika výkonu jsou následující: Poškození druhé větve trojklanného nervu s následkem poruchy funkce druhé větve trojklaného nervu, projevující se brněním a necitlivostí horního rtu a horních zubů. Nadměrné krvácení rány. Zánětlivé komplikace (zánět v čelistní dutině, zánět čelistní kosti).	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: K tomuto výkonu není alternativy.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: V celkovém znecitlivění se provede řez sliznicí horní čelistí a vytvoří se okénko do čelistní dutiny. Tímto okénkem se následně dutina prohlédne a vyčistí. V případě nálezu zánětlivé sliznice, která se bude muset odstranit v celém rozsahu, bude nezbytné vytvořit rovněž průchod do spodního průduchu nosního, umožňující odtok tekutin z čelistní dutiny. V případě zánětlivých změn většího rozsahu se do dutiny zavede textilní nebo gumová drenáž (zavedení hadičky do rány). Rána se poté zašije nevstřebatelným chirurgickým šicím materiálem. Drenáž se odstraní do 3 dnů po operaci.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Po výkonu je pacientovi doporučován fyzický klid, studené obklady, užívání léků proti bolesti či jiných léků ordinovaných nebo doporučených lékařem. Dle doporučení lékaře dodržovat hygienu dutiny ústní (čištění zubů, výplachy dutiny ústní). Může být přítomna zvýšená teplota, bolest, otok. Může být ztížené otvírání úst, polykací obtíže, nemožnost žvýkání po dobu několika dnů, nutná je kašovitá či mixovaná strava. Zákaz smrkání a kýchání po dobu 2 týdnů. Pooperační stav pacienta si pravděpodobně vyžádá několikadenní pracovní neschopnost. Změna zdravotní způsobilosti po tomto ošetření se nepředpokládá.	
Další potřebná léčba: Pravidelné kontroly v dohodnutých termínech.	
Poznámka:	

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.:**

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