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):

CHIRURGICKÉ OŠETŘENÍ ONEMOCNĚNÍ ZÁVĚSNÉHO APARÁTU ZUBŮ

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

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

*Poznámka: *Zub určený k ošetření bude označen zakroužkováním.*

Vysvětlení: První číslo v označení ošetřovaného zubu vyjadřuje oblast ošetření (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.

Tento výkon zahrnuje postupy vedoucí ke zlepšení stavu závěsného aparátu zubu/ů a okolních měkkých tkání.

Předpokládaným prospěchem je zlepšení stavu závěsného aparátu zubů, vytvoření vhodných podmínek pro plánované protetické řešení nebo léčbu pomocí rovnátek, včetně prevence možných budoucích obtíží a komplikací.

Rizika výkonu jsou následující:

Při nebo po výkonu se může objevit nadměrné krvácení rány z příčin místních i celkových. Úkolem operatéra je tuto eventuální komplikaci zvládnout místním ošetřením. Mohou se objevit otoky tkání kolem čelistí či zánětlivé komplikace (hnisání rány). Proto jsou v některých případech po operaci podávána pacientovi antibiotika. Může dojít k deformaci měkkých tkání v místě vzniklé jizvy.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

K těmto výkonům není alternativy.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Zdravotní výkon bude proveden v místním nebo celkovém znecitlivění, případně v analgosedaci při vědomí, kdy jsou pacientovi současně podávány léky na uklidnění a místně znecitlivující látky v místě operace.

Odstraní se veškeré příčiny dráždění závěsného aparátu zubu a to jak v oblasti zubů, okolní kosti i měkkých tkání. Následně dle charakteru prováděného výkonu se rána buď uzavře několika stehy chirurgickým šicím materiálem, nebo se nechá volně hojit pod plastickým obvazem, případně se uzavře posunem okolních tkání s následným sešitím vstřebatelným či nevstřebatelným 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 odeznění anestezie pacient pociťuje mírnou bolest v operovaném místě. V případě výraznější bolesti a pulzace v ráně druhý či třetí pooperační den je třeba vyhledat ošetřujícího lékaře. Výkon může být provázen zvýšenou teplotou, otoky měkkých tkání. Proto je pacientovi doporučován fyzický klid, studené obklady, užívání léků proti bolesti či jiných léků ordinovaných a doporučených lékařem. Vhodná je kašovitá nebo mixovaná strava, dodržování zvýšené péče o hygienu dutiny ústní (čištění zubů, výplachy dutiny ústní).

Délka pracovní neschopnosti se řídí celkovým zdravotním stavem pacienta a povahou jeho zaměstnání.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Změna zdravotní způsobilosti po tomto ošetření se nepředpokládá.	
Další potřebná léčba: Kontrolní návštěva v dohodnutém termínu.	
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