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):

CHIRURGICKÁ ÚPRAVA DÁSNÍ TECHNIKOU ZÁMĚNY LALOKŮ

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je především prevence možného ústupu dásně nebo zastavení již existujícího ústupu dásně v oblasti zubu/ů (označeno zakroužkováním) technikou záměny laloků v místě nepříznivých změn.

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 ošetřovaného okolí 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.

Plánovaným výkonem se provádí odstranění příznaků tahu uzdičky, slizniční řasy či prohloubení ústní předsíně.

Předpokládaným prospěchem je menší časová náročnost výkonu, než při přenosu slizničního štěpu, s minimálním výskytem pooperačních obtíží.

Rizika výkonu jsou následující:

Rizika jsou obecně stejná, jako při každém chirurgickém výkonu, např. bušení srdce, mdloba v souvislosti s podáním místního znecitlivění (lokální anestezie), zvýšené nebo prodloužené krvácení v operovaném místě během výkonu, bolestivost, otok, avšak obtíže poměrně rychle ustávají. V některých případech se po odeznění anestezie objeví asi dvě hodiny trvající mírné bolesti, které jsou dobře utlumitelné běžnými analgetiky.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Přenos slizničního štěpu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V místním znecitlivění se uzdička protne nebo vytne. V případě odstranění tahu horní retní uzdičky se nežádoucí tkáň odstraní a rána se uzavře sešitím vstřebatelným nebo nevstřebatelným chirurgickým šicím materiálem. V případě operace technikou záměny laloků se uvolní slizniční lalok v ústní předsíni v rozsahu výše zmíněných zubů. Po uvolnění dalšího okosticového (periostálního) laloku se oba zmíněné laloky zamění a po dobu asi 4 minut se lehce přitlačí v nové poloze navlhčeným sterilním mulem.

Po ukončení výkonu je pacient poučen o vhodném domácím režimu (užívání léků, ústní hygiena, přijímání potravy apod.).

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Přibližně dva až tři dny je operovaná oblast citlivější. Je třeba dodržovat opatrný hygienický režim v souladu s instrukcemi ošetřujícího lékaře. V případě potřeby užívat léky tlumící bolest. Několik dní opatrněji pečovat o hygienu ústní dutiny. Nepřetěžovat operovanou oblast ukusováním a rozmělňováním tužší stravy. Dodržovat klidový režim.

Pravděpodobně však nedojde ke změně zdravotní způsobilosti.

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.:**
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