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 PŘENOSU SLIZNIČNÍHO ŠTĚPU

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 přenosu slizničního (epiteliálního) štěpu z patra.

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 a prohloubení ústní předsíně.

Předpokládaným prospěchem tohoto zdravotního výkonu, je úprava některých nepříznivých stavů sliznic dutiny ústní.

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 místního znecitlivění objeví asi dvě hodiny trvající mírné bolesti, které jsou dobře utlumitelné běžnými analgetiky. Z estetického hlediska může být nevýhodou poněkud světlejší barevný odstín štěpu přeneseného z patra.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Chirurgická úprava technikou záměny laloků, tedy místní operací bez přenosu tkáně.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V místním znecitlivění se protne sliznice a slizniční lalok v ústní předsíni v rozsahu výše zmíněných zubů se uvolní a posune směrem ke kořenům zubů, čímž se v měkkých tkáních vytvoří prostor pro budoucí slizniční štěp. Na patře se odebere odpovídající tenký proužek sliznice (dásně), který se přenese do připraveného místa a zde se připevní pomocí vstřebatelného nebo nevstřebatelného chirurgického šicího materiálu.

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 doporučením ošetřujícího lékaře. V případě potřeby užívat léky tlumící bolest. Vzhledem k místu odběru štěpu na patře je třeba se v den operačního výkonu vyvarovat tužší a příliš horké stravy. 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.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
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