**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):**

**KRYTÍ OBNAŽENÝCH ZUBNÍCH KRČKŮ A DOPLNĚNÍ PŘIPOJENÉ DÁSNĚ PŘENOSEM POJIVOVÉHO ŠTĚPU**

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je krytí obnažených zubních krčků či doplnění redukované (zmenšené) připojené dásně v oblasti zubu/ů (označeno zakroužkováním) přenosem pojivového (podslizničního) 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.*

Plánovaný výkon má léčebný a estetický charakter.

Předpokládaným prospěchem je zmírnění obtíží vyvolaných přecitlivělostí obnažených zubních krčků. Nezanedbatelný je rovněž estetický přínos tohoto zdravotního výkonu.

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. Z estetického hlediska může být nevýhodou poněkud světlejší barevný odstín štěpu přeneseného z patra.

**Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:**

Tento léčebný výkon nemá alternativu.

**Zdravotní výkon bude probíhat takto:**

V místním znecitlivění se v oblasti plánovaného výkonu vytvoří prostor pro pojivový štěp. Následně se z patra odebere pojivový štěp a místo odběru se ošetří stehem (stehy) vstřebatelného či nevstřebatelného chirurgického šicího materiálu. Odebraný pojivový štěp se přenese do připraveného místa a operační rána se rovněž zajistí stehem (stehy) 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 2-3 dny je operovaná oblast citlivější. Je třeba dodržovat opatrný hygienický režim v souladu s instrukcemi 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. 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