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):

ZAVEDENÍ MINIIMPLANTÁTŮ

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je zlepšení stability dolní celkové snímatelné zubní náhrady. Miniimplantáty jsou podpůrné struktury („kořeny zubů"), vyrobené z čistého titanu nebo jeho slitin, které se zavedou přímo do kosti v přední části dolní čelisti. Část implantátu kulového tvaru, zasahující do ústní dutiny, slouží k upevnění snímatelné zubní náhrady. Pro dosažení požadovaného efektu je třeba zavést nejméně čtyři miniimplantáty.

Předpokládaným prospěchem je výrazné zlepšení upevnění zubní náhrady v ústech.

Rizika výkonu jsou následující:

Zdravotní výkon mohou provázet zánětlivé komplikace, nadměrné krvácení operační rány, vznik krevních výronů (modřin), které se obvykle do jednoho týdne vstřebají, dále ztížené otvírání úst, zvýšená teplota. Nelze vyloučit ani riziko poškození nervů s následnou poruchou citlivosti, ani riziko spojené s podáním místního znecitlivění (lokální anestezie), např. bušení srdce, mdloba. V ojedinělých případech se miniimplantát nevhojí, dojde k jeho vyloučení.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativou tohoto výkonu je zavedení klasických zubních implantátů.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Po podání antibiotik se v místním znecitlivění vytvoří pomocí speciálního vrtáku v dolní čelisti otvory (lože) pro zavedení miniimplantátů, které se do připravených otvorů zavedou (zašroubují). Operační výkon trvá přibližně 30-60 minut. Poté následuje upevnění (zapolymerování) druhých částí fixačního systému, matric, do baze (těla) dolní celkové zubní náhrady.

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

Provedení výše uvedeného zdravotního výkonu může být doprovázeno bolestí a otokem, což komplikuje příjem potravy. Někdy má pacient i zvýšenou teplotou.

Dle doporučení ošetřujícího lékaře užívat antibiotika a léky tlumící bolest. Ke zmírnění otoku a bolesti napomáhá přikládání studených obkladů na tvář. Dodržovat klidový režim, jíst kašovitou stravu, pečovat o hygienu ústní dutiny (pravidelné čištění zubní náhrady a šetrné čištění okolí miniimplantátů, výplach úst po každém jídle 0,2% roztokem chlorhexidinu). Nejméně 1 týden po operaci je vhodné se vyhýbat infekčnímu prostředí.

V případě pracovní neschopnosti je její délka ovlivněna celkovým zdravotním stavem pacienta a povahou jeho zaměstnání. 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.:**
Zubní lékař funkci zavedených implantátů dlouhodobě sleduje, proto je třeba v dohodnutém termínu docházet na kontrolní návštěvy.
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

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.