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):

RESEKCE (SNESENÍ) KOŘENOVÉHO HROTU

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je vyléčit chronický zánět v oblasti kořenového hrotu zubu* a tím zachovat zub v jeho původní funkci.

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 resekci 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.

Předpokládaným prospěchem je záchrana vlastního zubu.

Rizika výkonu jsou následující:

Možným rizikem je silnější krvácení v důsledku rozšíření cév vlivem zánětu a otoky tkání kolem čelistí. Nelze vyloučit ani riziko spojené s podáním místního znecitlivění (lokální anestezie), např. bušení srdce, mdloba.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

K tomuto výkonu není alternativa, neboť je poslední volbou pro záchranu zubu po neúspěšném ošetření kořenových kanálků.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V místním znecitlivění se odklopí sliznice (mukoperiostální lalok) v krajině kořenového hrotu a pomocí rotačních nástrojů se odstraní kostní kryt nad hrotem kořene. Poté se šetrně odřízne hrot kořene zubu a zánětlivá tkáň se důkladně vyškrábe a odstraní. Ostré okraje kosti a pahýlu zubu se vhodným rotačním nástrojem ohladí. Vzniklý defekt se dle potřeby může zaplnit augmentačním (dostavbovým) materiálem. Následně se rána se uzavře několika stehy 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 provedení výše popsaného zdravotního výkonu pacient pociťuje mírnou bolest v operovaném místě. V případě výraznější bolesti v ráně 2-3 pooperační den je třeba vyhledat ošetřujícího lékaře. Několik dní může mít pacient zvýšenou teplotu, která zvolna ustupuje. Dle doporučení lékaře dodržovat klidový režim, jíst kašovitou stravu a pečovat o hygienu ústní dutiny (čištění zubů, výplachy dutiny ústní).

Délka pracovní neschopnosti se řídí celkovým zdravotním stavem pacienta a povahou jeho zaměstnání. Pravděpodobně nedojde ke změně zdravotní způsobilosti.

Další potřebná léčba:

Kontrolní návštěva v dohodnutém termínu.

Poznámka:

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.:**

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