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): **KONZERVATIVNÍ LÉČBA KOMPLIKACÍ ZUBNÍHO KAZU - ENDODONTICKÉ OŠETŘENÍ**	

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je mechanicky rozšířit, chemicky vydezinfikovat a zaplnit systém kořenových kanálků infikovaného a poškozeného zubu a ten následně zrekonstruovat a rovněž vyléčit zánět kostěného lůžka zubu, pokud je diagnostikován.

Vzhledem k použití nejmodernějšího přístrojového vybavení a zvětšovacích technik lze oprávněně předpokládat delší životnost rekonstruovaného zubu a nižší výskyt komplikací během ošetření oproti standardnímu postupu. Tento výkon není hrazen zdravotními pojišťovnami.

Eventuální komplikace mohou nastat z důvodu značné anatomické složitosti systému kořenových kanálků a technické obtížnosti endodontického ošetření. Nelze zaručit, že se podaří nalézt, zprůchodnit, rozšířit, vydezinfikovat a zaplnit všechny kořenové kanálky, případně dosáhnout vyhojení zánětu zubního lůžka. V průběhu mechanického opracování kořenových kanálků může rovněž dojít k oddělení kořenového nástroje či k perforaci (provrtání) zubu.

Během výkonu není rovněž vyloučena aktivace chronického ložiska s následným vzplanutím akutního zánětu, který je podle situace řešen podáváním antibiotik nebo chirurgickou léčbou (odstranění zánětlivého ložiska).

Úspěšnost výše uvedených postupů je vysoká, avšak individuální anatomické poměry zubu nezaručují, že se jej vždy podaří vyléčit a zachovat v dutině ústní.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Endodontické ošetření zubu standardním, ekonomicky méně náročným postupem bez použití speciálních nástrojů a přístrojů, který je hrazen zdravotními pojišťovnami.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon je běžně prováděn v místním znecitlivění. Dle složitosti daného případu je rozdělen do několika návštěv v ordinaci zubního lékaře, každá v délce přibližně dvě hodiny. Během ošetření jsou používány speciální přístroje a nástroje a zhotovovány kontrolní rentgenové snímky.

Za účelem zabránění šíření infekce a úniku dezinfekčních látek do ústní dutiny se zub izoluje pomocí speciální elastické blány (tzv. kofferdam). Při velkém poškození zubu se ještě před izolací provede přilnavá dostavba obvodových stěn zubu.

Nejprve se odstraní infikované tkáně korunkové části zubu a najdou vstupy do kořenových kanálků pomocí operačního mikroskopu nebo lupových brýlí. Systém kořenových kanálků se ručními a rotačními nástroji mechanicky rozšíří, aby bylo možné aplikovat dezinfekční roztoky, jejichž působením se zub zbaví choroboplodných zárodků.

Přesná délka jednotlivých kořenových kanálků se určí pomocí elektronického přístroje apexlokátoru. Rozšířený a vydezinfikovaný vnitřní prostor zubu se následně zaplní a hermeticky utěsní gutaperčovými čepy. Poté se zhotoví dostavba jádra korunkové části zubu tak, aby byl zub připraven pro protetickou rekonstrukci.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Po provedení výše popsaného zdravotního výkonu může pacient vnímat několik dní zvýšenou citlivost ošetřeného zubu, která postupně ustupuje a lze ji v případě potřeby tlumit léky s analgetickým účinkem. Ke změně zdravotní způsobilosti pravděpodobně nedojde.

Další potřebná léčba:

V průběhu léčení není vhodné vykonávat fyzicky namáhavé práce a sporty. Prospěšná je pečlivá hygiena ústní dutiny (čištění zubů, výplachy ústní vodou s dezinfekčním účinkem). Kontrolní návštěva a rentgenový snímek v dohodnutém termínu.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen 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 se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka