

Vážená paní, vážený pane,  
zdravotní výkon, který na našem pracovišti podstoupíte, vyžaduje Váš

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas znamená, že budete v následujícím textu podrobně, odborně a pro Vás srozumitelně poučen/a o navrhovaném postupu léčby. Dále Vás poučíme o možných rizicích a následcích zdravotního výkonu.

### Název výkonu: AUTOTRANSPLANTACE ZUBU

#### 1. Důvod a cíl výkonu

Cílem zákroku je náhrada chybějícího, nezaloženého, popř. destruovaného zubu, ve stále dentici. Transplantovaným (přeneseným) zubem může být zub moudrosti, zub indikovaný k extrakci z ortodontických důvodů, popř. jiný nadpočetný zub vyhovující daným podmínkám.

#### 2. Povaha a následky výkonu

Jedná se chirurgický výkon v lokálním anestetizaci. Cílem tohoto zákroku je náhrada chybějícího, popř. destruovaného zubu vlastním zubem. Zubem transplantovaným se myslí např. zub moudrosti, zuby plně impaktované (schované) v kosti. Tento zub se extrahuje a následně se přenesení do cílového místa, kde je pro něj připraveno lůžko a je zde fixován.

#### 3. Rizika výkonu

I při správném postupu v souladu s profesními povinnostmi a standardy může dojít v souvislosti s výkonem k následujícím komplikacím:

- poranění sliznice okolí zubu
- zasunutí zubu do okolních měkkých tkání, nebo do čelistní dutiny
- náhodné poškození okolních zubů či protetických prací
- poranění nervu procházejícího pod zuby, nebo jazykového nervu – protrahované krvácení z extrakční rány
- zánět extrakčního lůžka s možností rozvoje kolemčelistního zánětu – odhojení transplantovaného zubu
- zánět čelistní dutiny
- vznik komunikace mezi ústní a čelistní dutinou, s následným chirurgickým ošetřením dané situace
- vznik komunikace mezi nosní a ústní dutinou
- nevhodnost a neuchycení transplantovaného zubu, nemožnost transplantace zubu z důvodu nevyhovujících anatomických poměrů atd.

#### 4. Omezení, doporučení ve způsobu života

Po výkonu se doporučuje měkká strava, zvýšená ústní hygiena, 2–3 dny po výkonu ledovat, kontrolní vyšetření a odstranění stehů se doporučuje za 7 dnů.

#### 5. Alternativy výkonu

Jedinou alternativou při nemožnosti, či neúspěchu transplantace zubu je řešení chybějícího zubu, defektu, protetickým, či implantologickým postupem.

## 6. Další postup

V případě úspěchu zákroku je nutné provést neprodlené ošetření kořenového systému transplantovaného zubu (tzv. ošetření kanálků) v termínu nejpozději 5 týdnů po provedené transplantaci.

---

Já, nemocný (zák. zástupce),

prohlašuji, že jsem lékařem byl/a srozumitelně informován/a o povaze lékařského výkonu/lékařského postupu uvedeného výše a byl/a jsem též informován/a o některých možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mě informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu/postupu, s možnými alternativami k výkonu/postupu i s důsledky toho, že by se výkon/postup neprovedl. Byl/a jsem rovněž informován/a o možných problémech během uzdravování. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s provedením výkonu, což stvrzuji svým podpisem.

.....  
(podpis pacienta)