

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:
CHIRURGICKÉ ŘEŠENÍ CYST A PERIAPIKÁLNÍCH NÁLEZŮ ZUBŮ
„TZV.VÁČKŮ“

1. Důvod a cíl výkonu

Odstranění cysty nebo granulomu (= “váčku“) s nutností resekce – zkrácení kořene zubu nebo vytažení zubu. Součástí zkrácení kořene zubu je zaplnění kořenového kanálku výplňovým materiálem – amalgám, skloionomerní cement, cement MTA, a další (výplň hradí pacient).

2. Povaha a následky výkonu

Jedná se o chirurgický výkon, který provádíme ambulantně v lokální anestezii, přístupem z dutiny ústní, dle potřeby s odběrem vzorků na histologické vyšetření.

3. Rizika výkonu

I při správném postupu v souladu s profesními povinnostmi a standardy mohou vzniknout v souvislosti s výkonem následující komplikace:

- ztráta zubu
- náhodné poškození okolních zubů
- odumření okolních zubů
- poranění nervu procházejícího pod zuby – necitlivost dolního rtu
- protražované krvácení z rány
- zánět v operovaném místě s možností rozvoje kolemčelistního zánětu
- prodloužené, sekundární hojení rány
- vznik komunikace mezi ústní a čelistní dutinou nebo mezi nosní a ústní dutinou
- zlomení oslabené čelisti s následným chirurgickým ošetřením

4. Omezení, doporučení ve způsobu života

Po výkonu se doporučuje měkká strava, zvýšená ústní hygiena, stehy se odstraňují za 7 dnů.

5. Alternativy výkonu

Co se týče odstranění cysty či nálezu – není alternativa k výkonu.

Zkrácení kořene zubu lze provést bez zaplnění kořenového kanálku výplní, avšak s výrazně horší prognózou.

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)