

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 DOPLNĚNÍ OBJEMU KOSTI POD SPODINOU ROZSÁHLÉ ČELISTNÍ DUTINY

1. Důvod a cíl výkonu

Důvodem je nedostatek objemu kosti (pro rozsáhlou čelistní dutinu), který je potřeba zvětšit, aby se mohly zavést implantáty.

2. Povaha a následky výkonu

Jedná se o chirurgický výkon, který provádíme v lokální anestezii, kdy otvorem ve stěně čelistní dutiny v místě nutného doplnění kosti nejprve nadzvedneme sliznici čelistní dutiny a posléze vyplníme vzniklý prostor umělou kostí. Následně kostní defekt překrýváme membránou k zajištění nerušeného růstu kosti.

Po výkonu jsou časté otoky bolestivost, omezené otvírání úst.

3. Rizika výkonu

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

- perforace sliznice čelistní dutiny, která může zabránit dalšímu spěšnému pokračování operačního zákroku, pokud je rozsáhlejší a vysmrkávání granulí umělé kosti
- krvácení
- otoky
- zánět
- rozpad rány
- vyloučení umělé kosti
- infekce umělé kosti

4. Omezení, doporučení ve způsobu života

Jedná se o ambulantní výkon, doporučuje se měkká strava, nesmrkat asi 2 týdny, antibiotika, zvýšená ústní hygiena, stehy se odstraňují za 14 dní.

5. Alternativy výkonu

Není. Bez dostatečného objemu kosti nelze implantáty zavést.

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 mne 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)