Informovaný souhlas

Extrakce zubu

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,
v předkládaném formuláři si přečtete informace o extrakci zubu.
Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

Co je extrakce zubu:
Extrakce zubu je zákrok, kterým je vyjmutí zubu nebo jeho části ze zubního lůžka (alveolu) v místním znecitlivění (tzv. anestezii).

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:
□ zubní korunka je natolik poškozena kazem či úrazem, že ji nelze opravit výplní ani protetickou prací
□ zub (zejména více kořenový) byl příčinou rozsáhlého zánětu tkání obličeje a je riskantní jej v čelisti ponechat
□ z důvodů parodontologických (rozsáhlé poškození závěsného aparátu zubu a okolní kosti, značná viklavost apod.)
□ z důvodů ortodontických – extrakce zubu je nutná ke srovnání celého zubního oblouku
□ z důvodů protetických – zub brání zhotovení vhodné zubní náhrady (pevné či snímací)
□ zub se z nějakého důvodu neprořezal na své místo a je příčinou rozličných potíží
□ zubním lůžkem probíhá zlomenina kosti
□ zubní kořen je zlomen tak, že jej nelze proteticky využít
□ zub je zdrojem silných bolestí, které nelze léčebně řešit

Jaký je režim pacienta před výkonem:
Pacient před výkonem podstoupí ústní předextrakční vyšetření zdravotního stavu.

Jaký je postup při provádění výkonu:
Pacientovi je během výkonu extrakčními nástroji extrahován zub, popř. jeho část ze zubního lůžka. Během výkonu může sestra fixovat hlavu pacienta v případě extrakce v horní čelisti za čelo a spánky a v případě dolní čelisti za tuto čelist.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:
Možné komplikace výkonů jsou: zlomení nebo zalomení zubu nebo zubního lůžka, poškození sousedního zubu, poškození zárodku stálého zubu při extrakci mléčného zubu, poškození nervů probíhajících v čelisti, polknutí či vdechnutí zubu, krvácení po extrakci, bolest při extrakci, zánět zubního lůžka – alveolitis nebo vznik komunikace dutiny ústní s dutinou nosní.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:
V den provedení výkonu se doporučuje nevyplachovat ústní dutinu, přikládat ledové obklady a ležet ve zvýšené poloze. Případné další pokyny individuálně stanoví lékař a je nutné dbát jeho doporučení.

Pacient

Jméno a příjmení:.....
Rodné číslo:.....

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení: .....
Rodné číslo:.....

Jaké jsou možné alternativy výkonu:
Tento výkon nemá alternativy.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.
S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Zub (-y) určené k extrakci:

Datum:.....

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce	Razítko, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který pohovor provedl

Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):
popište způsob:

Jméno, příjmení a podpis svědka Razítko, jméno, příjmení a podpis lékaře

DATUM	POZICE ZUBU	DG	PODPIS