

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s operačním výkonem
čelistního kloubu (KONDYLÁRNÍ SHAVE ČELISTNÍHO KLOUBU)**

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu (česky)

KONDYLÁRNÍ SHAVE ČELISTNÍHO KLOUBU – snesení (zábrus) povrchové části nadměrně
rostoucí hlavice čelistního kloubu z kožního řezu před uchem

☐ vpravo ☐ vlevo

Účel výkonu

Zastavení nadměrného jednostranného růstu hlavice čelistního kloubu.

Povaha výkonu

Chirurgický zákrok v celkové anestezii.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zastavení scintigraficky potvrzeného nadměrného růstu hlavice čelistního kloubu, a tedy i příslušné poloviny dolní čelisti za účelem zastavení zhoršení vady skusu a asymetrie brady a dolní třetiny obličeje. Dále pak za účelem snížení pravděpodobnosti návratu (recidivy) vady skusu po léčbě pomocí fixního ortodontického aparátu („rovnátek“) nebo operaci čelistních kostí. U dlouhotrvajících jednostranných nadměrných růstů čelistních kloubů i ke zmírnění potíží s čelistním kloubem.

Alternativa výkonu

U některých forem nadměrného růstu dojde vzácně k jeho spontánnímu zastavení přibližně ve 25 letech, ostatní rostou po zbytek života.

U aktivní formy nadměrného růstu, která je potvrzená scintigrafickým vyšetřením s rozdílem >10%, nedojde bez operace k zastavení jednostranného nadměrného růstu hlavice čelistního kloubu, což má za následek postupné zhoršení vady skusu a asymetrie brady a obličeje s věkem pacienta.

Pokud se pacient s aktivní formou růstu k operaci čelistního kloubu nerozhodne, nedoporučujeme zahájení ortodontické („rovnátka“) ani ortodonticko-chirurgické („rovnátka + operace čelistí“) terapie pro vysoké riziko návratu vady skusu a asymetrie brady a obličeje.

Možná rizika zvoleného výkonu

Porucha hybnosti dané poloviny obličeje (obrna) způsobená poškozením lícního nervu; poškození zvukovodu; potíže s čelistním kloubem s obtížným otevíráním úst; krvácení; návrat nadměrného růstu.

Následky výkonu

Jizva před uchem, zkrácená hlavice čelistního kloubu.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE

Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o zdravotnickém prostředku, který mi bude/případně může být implantován, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se mé bezpečnosti a mého chování, včetně toho, kdy mám vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí bych se neměl(a) vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

<u>Stranový verifikační protokol</u> (vyplňuje lékař)		
Ověření lokalizace výkonu:	Část těla	Strana
Ověření dle ambulantní karty	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá
Ověření dle chorobopisu	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá
Ověření dle zobrazovacích metod	☐ RTG ☐ CBCT ☐ SPECT/CT ☐ Jiné:	☐ Pravá ☐ Levá
Závěr - část těla:		
Lokalizace výkonu označena: ☐ ANO ☐ NE Důvod neoznačení: ☐ zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení ☐ pacient s označením nesouhlasí 		

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:			
Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina