

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s extrakcí zubu či
dentálního implantátu**

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

Název výkonu

Extrakce (vytažení) zubu nebo dentálního implantátu – lokalizace výkonu:

Účel výkonu

Cílem zákroku je odstranit nebo zmírnit příčinu Vašich obtíží.

Povaha výkonu

Chirurgický zákrok v dutině ústní je po Vašem souhlasu prováděn v místním znecitlivění, injekční aplikací anestetika do sliznice dutiny ústní.

Rozsah výkonu: Váš ošetřující lékař vybere rozsah výkonu:

- ☐ **Extrakce (vytažení)**
☐ **Chirurgická extrakce**
☐ **Explantace (vyjmutí) dentálního implantátu**

Předpokládaný prospěch výkonu

Zbavení pacienta bolesti či obtíží, které nechce již déle snášet. Nezbytné doplnění ortodontické léčby.

Alternativa výkonu

Alternativa v konzervativní ani protetické terapii v daném případě neexistuje. V ortodontické léčbě je možno zvolit jiný typ léčby nebo ponechat bez ortodontické léčby.

Možná rizika zvoleného výkonu

Hematom (po poranění cévy), nevolnost pacienta, poextrakční krvácení, zlomení zubu/dentálního implantátu, poranění nervu, zlomení čelisti (vzácně), alergická reakce na místní anestezii.

Následky výkonu

Při vytržení zubu/dentálního implantátu pro bolest nebo úraz je následkem chybění vytrženého zubu/dentálního implantátu. V případě ortodontické léčby dochází ke zlepšení funkce a estetiky chrupu. Dále je nutná následná léčba, bez níž hrozí zhoršení stavu chrupu. Přechodná ztráta citlivosti znecitlivěné oblasti po dobu 1 – 3 hod.

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
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 provedením výkonu v místním znecitlivění, injekční aplikací anestetika do sliznice dutiny ústní.	ANO	NE
- 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 nezamítl(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

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

V případě, že je nutné výkon provést opakovaně, potvrdí pacient souhlas svým podpisem.

Ověřte všechny identifikační údaje pacienta, zda jsou platné. Znovu ověřte, zda pacient všemu rozumí a souhlasí s výkonem.

Pokud došlo ke změně osobních údajů pacienta nebo pacient s něčím nesouhlasí, je nutné vyplnit nový IS.

Datum	Souhlas pacienta	Rozsah a lokalizace výkonu	Podpis pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka)	Jmenovka a podpis lékaře, který podal informaci
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.	☐ Extrakce ☐ Chirurgická extr. ☐ Explantace Lokalizace:		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.	☐ Extrakce ☐ Chirurgická extr. ☐ Explantace Lokalizace:		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.	☐ Extrakce ☐ Chirurgická extr. ☐ Explantace Lokalizace:		