

EXTRAKCE ZUBU

Pacient/ka:
titul jméno příjmení

Narozen/a:

Rodné číslo (číslo pojištění): /
Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce:
titul jméno příjmeníVztah:
(např. matka, otec, opatrovník aj.)Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

rozhodli jste se svěřit do péče Stomatologické kliniky Fakultní nemocnice Plzeň. K dispozici je Vám/Vašemu dítěti školený tým lékařů a zdravotnického personálu, který je připraven poskytnout péči podle nejnovějších poznatků lékařské vědy s cílem pomoci Vám / Vašemu dítěti zbavit se obtíží.

Pro zdárný průběh Vašeho léčení/léčení Vašeho dítěte je zapotřebí Vaše spolupráce. Chceme, abyste byli dopředu seznámeni jak s průběhem léčení, jeho finanční náročností, tak i s možnými riziky, nežádoucími jevy a možnými nezaviněnými komplikacemi. Proto Vám předkládáme následující informace o obvyklých léčebných metodách a postupech.

Druh výkonu

Extrakce zubu/ů:

Důvody provedení výkonu

- Zub je poškozen kazem nebo úrazem natolik, že jej nelze opravit výplní ani protetickou náhradou.
- Je poškozen závěsný aparát zubu a okolní kost.
- Zub brání zhotovení vhodné protetické náhrady.
- Extrakce zubu je nutná ke srovnání zubního oblouku.
- Zub brání srovnání zlomené čelisti.
- Zub je v místě plánovaného chirurgického zákroku a není možnost ho zachovat.
- Zub je příčinný rozsáhlého zánětu tkání obličeje.
- Jedná se o zub s infikovaným kořenovým kanálkem, který je možným zdrojem fokální infekce.
- Jiné důvody:

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

V některých případech může extrakci zubu zabránit kvalitní ošetření kořenových kanálků. Nicméně jestliže Vám/ Vašemu dítěti lékař extrakci doporučuje, není zpravidla jiná alternativa možná.

Příprava k výkonu

Před výkonem dodržte předepsané dávkování pravidelně užívaných léků i v den extrakce, případně se držte dalších doporučení lékaře.

Dále je vhodné před výkonem se najíst, omezíte tím riziko případné mdloby.

Postup při výkonu – způsob provedení extrakce

V místním znecitlivění se speciálními zubními nástroji nejprve uvolní a poté vytáhne zub z lůžka. V některých případech je nutné oddělit jednotlivé kořeny vrtačkou a vytáhnout je samostatně. Zároveň se odstraňuje zánětlivě změněná tkáň, která je přítomna v lůžku. Pokud to okolnosti vyžadují, je možné ránu zajistit stehem. Biologický materiál je spolu s případnou fixní protetickou náhradou zlikvidován.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

- Poranění měkkých tkání v okolí zubního lůžka extrakčním nástrojem se ošetří stehem.
- Krvácení ze zubního lůžka ošetří lékař pomocí speciálních přípravků vložených do lůžka a zajistí stehem.
- Zlomený kořen zubu v lůžku se uvolní pomocí speciálních nástrojů nebo chirurgicky po odklopení dásně a odvrtní části kosti zubního lůžka. Rána se zajistí několika stehy.
- Proniknutí do čelistní dutiny v průběhu extrakce zubů v postranním úseku horní čelisti. Rána se překryje okolní sliznicí a zajistí několika stehy.
- Poškození nervu při chirurgické extrakci v dolní čelisti s následnou dlouhodobou či trvalou necitlivostí nebo brněním části jazyka nebo dolního rtu.
- Vzácně může dojít ke zlomení dolní čelisti, která vyžaduje další léčbu.
- Mimořádně vzácně může dojít ke vdechnutí zubu nebo jeho části což je třeba řešit na specializovaném pracovišti.

Chování po výkonu, možná omezení

Mírnou bolest po extrakci můžete tlumit ledovými obklady či předepsanými léky. Pokud dojde k zesílení bolesti, zvětšení otoku, zvýšení teploty nebo silnějšímu krvácení z rány, navštivte zubního lékaře.

V den po výkonu nevyplachujte ústa. Jíst můžete měkkou stravu a pít spíše chladnější nápoje. Nedoporučuje se kouřit a pít alkoholické nápoje.

Pozor na necitlivé části úst po místním znecitlivění, aby nedošlo při jídle k jejich poranění.

Dodržte dávkování předepsaných pravidelně užívaných léků i léků předepsaných zubním lékařem.

Další dny po extrakci je možné dutinu ústní vyplachovat roztokem řepíku nebo heřmánku.

Normálně si čistíte chrup, pouze v místě rány šetrněji.

Po chirurgické extrakci je třeba prvních 2-3 dnů intenzivně ránu chladit ledovými obklady na tvář nad operovanou oblastí (15-20 min. a poté 20-30 min. přestávka).

Možnosti nahrazení chybějících zubů

Menší mezery ohraničené kvalitními zuby lze nahradit pevnou protetickou náhradou. Rozsáhlé mezery, zkrácený zubní oblouk nebo mezery ohraničené méně kvalitními zuby se nahrazuje snímatelnou protetickou náhradou. Pokud je přítomna snímatelná náhrada, je možné zub do této náhrady doplnit.

Nadstandardní řešení doplnění chybějícího chrupu je vsazení implantátu do čelistí s následným zhotovením pevné či snímatelné náhrady kotvené na tomto implantátu. Při nepodstatném zkrácení zubního oblouku nebo extrakcích z ortodontických důvodů se zuby nenahrazují.

Předběžný rozpočet ošetření – přímá platba pacientem:

Kč

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- ☐ Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- ☐ Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

.....
podpis

V Plzni dne: _____ v _____ hodin

.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

- ☐ kývnutím hlavy ☐ gestem: _____ ☐ očima ☐ jinak: _____

Svědék:

.....
jméno a příjmení

.....
podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Edvarda Beneše 1128/13, 301 00 Plzeň - Bory
alej Svobody 923/80, 323 00 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806, tel.: 377 401 111, 377 103 111

Pacient/ka:

Rodné číslo:

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem) ZOK podpis

Svěddek:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresu a datum narození)

.....