

Chirurgická patefakce (tunelizace) retinovaného zuby

Pacient (štítek)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Místo zákroku :

Vážená paní, vážený pane,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o patefakci (tunelizaci) retinovaného zuby. Před zákrokem budete lékařem informován(-a) o důvodech a způsobu jeho provedení, možných komplikacích, dalším postupu a opatřeních po zákroku. Tento souhlas Vám má podat základní informace a být návodem k případným dotazům.

Jaká může být indikace k patefakci zuby:

Indikace k patefakci určuje lékař ortodontista na základě vyšetření.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Indikací k tomuto výkonu je: neprořezaný = retinovaný zub, který je v plánu zařadit do zubního oblouku během ortodontické léčby.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Důležitá je důkladná hygiena dutiny ústní před výkonem. Pokud bude výkon proveden v celkové anestézii, budete o přípravě a postupu poučen lékařem – anesteziologem během předanestetického vyšetření. Pokud bude výkon proveden v místním znecitlivění, budete o přípravě a postupu poučen zubním lékařem provádějícím výkon.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Při operačním výkonu odklopíme sliznici v okolí neprořezaného zuby, dále sneseme kost nad zubem v nezbytném rozsahu. Pokud ortodontista požaduje, na korunku zuby upevníme zámek, který dále umožní stáhnutí zuby k rovnátku. Rána se ve většině případech uzavírá stehy, občas i drénuje.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

- Otevření čelistní (nebo nosní) dutiny při zákroku v horní čelisti (spojení mezi dutinou ústní a čelistní nebo nosní se řeší slizniční plastikou).
- Uvolnění zámku po zákroku a nutnost jeho opětovného nalepování
- Poškození nervů dutiny ústní a jazyka, změna citlivosti dolního rtu a brady, event. dásní, zubů a sliznice dutiny ústní, změna chuti (terapie probíhá ve spolupráci s neurologem, případně neurochirurgem).

- Při zákroku na hluboce retinovaných zubech hrozí zlomení čelisti jak během výkonu, tak i po něm. Prevencí zlomeniny jsou dietní a režimová opatření dodržovaná pacientem. Komplikaci řešíme konzervativně (fixací) nebo chirurgicky (spojení kosti kovovým materiálem).
- Krvácení po zákroku (řešeno lokálně sešitím, aplikováním prostředku podporujících srážení krve).
- Prodloužené hojení rány po extrakci lokálním zánětem.
- Poškození vedlejších zubů, výplně, korunky nebo protetiky během extrakce.
- Poranění sliznice dutiny ústní, ránu lze sešít.
- Vznik emfyzému (přítomnost vzduchu v měkkých tkáních způsobené kýčáním, kašláním a smrkáním), stav se postupně upraví sám. Nebezpečné je přesunutí emfyzému do oblasti krku z důvodu omezení dýchání.
- Při extrakci může být celý nebo část zubu vtlačen do čelistní dutiny. Poté je nutné rozšířit otvor do dutiny anebo vytvořit nový otvor a zub vyjmout. Zákrok se provede ihned anebo s odkladem v celkové anestezii.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po operaci je nutno dbát o důslednou hygienu dutiny ústní, jsou možné jemné výplachy heřmánkem nebo šalvějí, dále i desinfekčními roztoky. Je omezen příjem stravy, která je na začátku tekutá pak kašovitá. O délce dietních opatření informuje vždy lékař. Bolest je tlumená analgetiky.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

V současné době v medicíně neexistuje alternativa k tomuto výkonu. Nelze v čelisti ponechat zub, který byl indikován k extrakci (vyjmutí). Představuje tak pro pacienta určité riziko možných celkových nebo místních komplikací.

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.

Datum:

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

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

popište způsob:

Jméno, příjmení a podpis svědka

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře