

Exstirpace odontomu z kosti

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 zákroku odstranění odontogenního nádoru z kosti čelisti.

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.

Co je **odontom** – je to patologický útvar, která vzniká v souvislosti se zuby, částečně je složen z přespočetných zubů a zubních tkání.

V souvislosti s lokalizací může vzniknout riziko zlomeniny čelisti, poškození nervů a cév.

Co je **exstirpace** – jedná se o chirurgické odstranění (vyloupenutí) z kosti celé patologické tkáně cysty. Tkáň se odesílá na histologické vyšetření. Po sešití rány se kostní dutina vyplní krevní sraženinou, a ta se postupně během měsíců mění na kostní nebo jizevnatou tkáň.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu: každá patologická tkáň, která blokuje prořezávání stálých zubů, nebo se postupně zvětšuje, roztahuje a tlakem ničí okolní struktury, se může změnit na nádor a měla by být odstraněna a ověřena histologicky (pomocí mikroskopu).

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Důležitá je důkladná hygiena dutiny ústní před výkonem. Pokud bude výkon proveden v místním znecitlivění, budete o přípravě a postupu poučen zubním lékařem provádějícím výkon.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Výkon se provádí v místním znecitlivění pomocí chirurgických nástrojů.

Rána se uzavírá sešitím anebo lokální či jinou plastikou se sešitím. Odstraněnou tkáň vždy posíláme na histologické vyšetření.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

- Krvácení po zákroku (řešeno lokálně sešitím, aplikováním prostředků podporujících srážení krve).
- Prodloužené hojení rány, rozpad sešité rány a celé postcystické dutiny.
- Otevření čelistní anebo nosní dutiny. Řeší se primárně anebo sekundárně plastikou.
- Poranění sliznice dutiny ústní, rána se řeší sešitím.

- Poškození nervů dutiny ústní, rtů a jazyka, změna citlivosti sliznice, jazyka, rtů a brady, event. změna chuti (terapie probíhá ve spolupráci s fyzioterapeutem, neurologem, případně neurochirurgem).
- Zlomenina čelisti během výkonu anebo v průběhu několika měsíců po zákroku.

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 anebo cucacími desinfekčními tabletami. 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:

Každá kostní cysta by měla být odstraněná a ověřená histologicky. Při větších cystách terapie probíhá dvoufázově. V první fázi se vytvoří pouze otvor v cystě, přes kterou se zavede do cysty drén a část odstraněné cysty se odešle na histologii. Během několika měsíců dochází do zmenšení cysty a zpevnění okolní kosti. Pak cystu odstraňujeme.

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.

S provedením výše uvedeného výkonu, případně s jeho opakováním v průběhu hospitalizace v Městské nemocnici Ostrava souhlasím. (Pokud je možnost daný výkon v průběhu hospitalizace opakovat, např. transfuze, zvolíme tento souhlas.)

Datum:

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětluje 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