

Ošetření zlomeniny kosti obličeje osteosyntézou

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.

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 příčina k odstranění zubu:

Nejčastější příčinou zlomeniny je úraz. Občas ke zlomenině může dojít také v průběhu jiného patologického procesu v kostech, případně celkového onemocnění kosti, jakým je například osteoporóza.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Indikací k tomuto výkonu je zlomenina kosti obličejového skeletu, s posunem nebo bez posunu, vyžadující zpevnění. Správné hojení kosti proběhne jen po její stabilizaci.

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 lékařem provádějícím výkon.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Při operačním výkonu odklopíme sliznici anebo kůži v operované oblasti, identifikujeme lomné linie, provedeme jejich repozici, tzn. nastavení do správné polohy. Pak pomocí titanových dlah a šroubů stabilizujeme zlomeninu. Rána se ve většině případů uzavírá stehy, může být zaveden drén. Na zuby horní a dolní čelisti navazujeme Sauerové dlahy anebo zavádíme šrouby, pomocí kterých můžeme zajistit správný skus a stabilizovat čelisti ve správné poloze během operace, jako i v pooperačním období.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

- Otevření čelistní (nebo nosní) dutiny (spojení mezi dutinou ústní a čelistní nebo nosní se řeší slizniční plastikou).

- Poškození nervů dutiny ústní a jazyka, změna citlivosti rtů a brady, event. dásní, zubů a sliznice dutiny ústní, změna chuti (terapie probíhá ve spolupráci s neurologem, případně neurochirurgem).
- Krvácení (řešeno lokálně sešitím a aplikováním prostředků, podporujících srážení krve).
- Prodloužené hojení rány po operaci.
- Poškození vedlejších zubů, výplně, korunky nebo protetiky během zákroku.
- 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.
- Během hojení osteosyntézy může dojít ke vzniku chronického zánětu kosti v oblasti titanového materiálu.

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 tekutá. O délce dietních opatření informuje vždy lékař. Bolest je tlumená analgetiky.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Alternativou osteosyntézy je konzervativní ošetření zlomeniny, tzn. ošetření pomocí dlah, navázaných pouze na zubní oblouky horní a dolní a spojení těchto oblouků pomocí drátů anebo elastických gumiček. Tato alternativa nemůže být využita u posunutých, komplikovaných nebo mnohočetných zlomenin.

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 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