

**INFORMACE A POKYNY PRO PACIENTY PŘED AMBULANTNÍ
STOMATOLOGICKOU OPERACÍ V MÍSTNÍM ZNECITLIVĚNÍ
plánovanou na :**

Místní znecitlivění (lokální anestezie) se provádí před menšími chirurgickými výkony v oblasti úst a obličeje. Metoda spočívá v injekční aplikaci znecitlivujícího léku přímo do operované oblasti. Tato metoda umožňuje operaci při vědomí, což má mnohé výhody, zejména určitou „spolupráci“ pacienta a tudíž celkové zkrácení výkonu a rovněž možnost uskutečnit operaci ambulantně. To znamená, že pacient může být v den operace v domácím léčení (odchází pěšky v doprovodu dospělé osoby).

Prosíme Vás, věnuje zvýšenou pozornost následujícím pokynům, které je nutné dodržovat:

1. Ráno před operací se **nasnídejte**, nepřicházejte na lačno, vezměte léky, které normálně ráno užíváte (pokud Vám lékař nenařídí jinak)
2. Nenoste sebou **žádné šperky** (náušnice, řetízky, náramky, prsteny apod.)
3. Před vstupem na operační sál budete muset odložit většinu svého oděvu, resp. Vám bude zapůjčen jednorázová halena.
4. Ženy, přicházejte **nenalíčený**. Zbytky rtěnky a dalších kosmetických látek je nutné před operací odstranit a umýt
5. Muži, přicházejte **hladce oholení**. Pacienti s trvalými vousy upozorňujeme na možnost zabarvení vousů dezinfekčními roztoky
6. Zajistěte si **doprovod dospělé osoby**. Tento doprovod je nutný zejména na cestu po operaci domů
7. V den operace neřidte motorová vozidla ani kola, neobsluhuje stroje, nenamáhejte se a nesportujte. Nečiňte žádná závažná rozhodnutí (právní, obchodní apod.)
8. Po operaci je nutné dodržovat 3—5 dní (někdy i déle) celkový tělesný klid v domácím léčení, jíst kašovitou stravu a dodržovat pokyny lékaře. Pacienti mají plné právo na **vystavení pracovní neschopnosti**
9. V případě náhlého onemocnění nebo při jiných důvodech bránících operaci Vás žádáme o včasné **přeobjednání na tel. čísle : 241403970**, abychom Váš termín mohli nabídnout jinému pacientovi
10. K operaci se dostavte v plánovaný termín a odevzdejte tento list s podepsaným následujícím prohlášením.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA

Potvrzuji, že jsem se seznámil(a) s výše uvedenými pokyny a jsem si vědom(a), že jejich nedodržením může vzniknout škoda, za kterou ponesu vlastní zodpovědnost.

Datum:

Jméno a příjmení:

.....

Podpis pacienta:

.....