

## **APLIKACE SDF +/- NÁSLEDNÉ OŠETŘENÍ (NÁSLEDNÁ VÝPLŇOVÁ A PROTETICKÁ TERAPIE)**

**Identifikace poskytovatele zdravotních služeb:**

**Karident, s.r.o., IČ: 04255381**

sídlem Purkyňova 2855/97a, 612 00 Brno - Královo pole

zapsána v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Brně

oddíl C. vložka 88996

zastoupená MDDr. Karinou Šebelovou, jednatelkou

Vážený paciente (zákonný zástupce),

budeme Vám (Vašemu dítěti) ošetřovat zubní kaz pomocí **SDF (silver diamine fluoride, případně roztoku dusičnanu stříbrného)**.

Aplikace této sloučeniny způsobí, že zubní kaz při dodržení správných hygienických a dietních opatření nebude postupovat a „zastaví se“. Mnoho zubních kazů díky tomuto ošetření nebude vyžadovat žádnou další léčbu.

Jedná se o jednoduchou techniku, která nevyžaduje podání anestézie ani vrtání a trvá pouze několik minut. Zahrnuje aplikaci roztoku pomocí malého štětečku nebo mezizubní nitě. Nelze ji použít u pacientů s alergií na stříbro nebo se zánětem dásní.

Poškozená místa na zubu se trvale zbarví do černa. Dočasně se může zbarvit také dásně, toto však během několika dnů odezní. Zdravé části zubu zůstanou barevně nezměněné. V případě kontaktu roztoku s kůží může kůže zůstat několik dnů zbarvená. V případě kontaktu roztoku s textílií dojde k trvalému zbarvení.

Tato aplikace pomocí SDF se musí s odstupem 6 měsíců pravidelně opakovat, aby se minimalizoval rozvoj kazu, pokud není přistoupeno k další terapii, viz následovně.

V určitých případech si technika vyžaduje další terapii:

### **1) Výplň skloionomerním cementem (SMART technika) – výplňová terapie**

Zub ošetřujeme SMART technikou (silver modified atraumatic treatment), pokud není možné ošetření s úplnou exkavací kazu rotačními nástroji (nízký věk, nespolupráce). Po ručním odstranění kazu a aplikaci roztoku SDF se do zubu aplikuje speciální skloionomerní cement, který uvolňuje minerály a jeho úkolem je kaz zastavit.

Současně stimuluje buňky zubní dřevě, aby vytvořily nad zubním nervem izolační vrstvu. Skloionomerní cement bude v zubu ještě přibližně dvě hodiny tuhnout, proto se nedoporučuje konzumovat tuhou stravu. Cement se může časem vyluhovat a může být nutná jeho opětovná aplikace.

V malém množství případů může dojít k selhání, což se projeví bolestí, otokem nebo náhodným rentgenovým nálezem a následně je nutné endodontické ošetření (ošetření kořenových kanálků) nebo extrakce zubu.

### **2) Aplikace nerezové korunky (Hall technika) – protetická terapie**

Zahrnuje aplikaci nerezové korunky na zub s kazem pomocí skloionomerního cementu. Tímto jsou kariogenní bakterie izolovány od zdroje živin, jsou nahrazeny méně kariogenní mikroflórou a kaz se zastaví.

Při prvním sezení se v případě potřeby aplikují do mezizubních prostor gumové separatory ve tvaru kroužků, aby se vytvořil prostor pro korunku.

Při druhém sezení (do cca týdne od první návštěvy) se aplikuje korunka, přičemž dítě musí být schopné alespoň takové spolupráce, aby nehrozilo vdechnutí korunky.

Po umístění korunky může dítě několik dní pociťovat diskomfort při skusu (např. korunka může být vyšší do skusu), který později odezní. Může se objevit i mírná bolest dásní nebo jejich zarudnutí.

Technika je ve většině případů úspěšná a dítě nepociťuje potíže až do výměny zubu. V malém procentu případů může technika selhat, což se projeví bolestí zubu nebo jeho odumřením a vyžaduje endodontické ošetření (ošetření kořenových kanálků) nebo extrakci.

**Všechny tyto techniky jsou považovány za minimálně invazivní metody pro ZASTAVENÍ progresu (růstu) kazu. V určitých případech mohou selhat a může být nutné další ošetření, které může zahrnovat i ošetření kořenových kanálků nebo extrakci zubu.**

**Vážení rodiče, do ošetření Vašeho dítěte dáme vždy maximum a budeme k němu přistupovat s láskou a trpělivostí, jako by to bylo naše vlastní dítě. Pokud však nebude možné dítě během objednaného termínu ošetřit, jsme nuceni účtovat náš ušlý pracovní čas formou placené konzultace dle aktuálního ceníku (počet minut objednaného termínu x minut. náklad zdrav. zařízení).**

#### **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 nevyklučují.

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

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Souhlasím s přítomností a činností studentů či stážistů vykonávajících odbornou praxi při výkonu zdravotních služeb. Studenti a stážisti vykonávají jen ty činnosti, které jsou součástí výuky nebo praxe, a to pod přímým vedením zdravotnického pracovníka, který má způsobilost k samostatnému výkonu zdravotnického povolání. Studenti a stážisti mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném pro zajištění výuky.

Prohlašuji, že jsem byl informován o svém právu znát jména a příjmení zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a studentů/stážistů přímo zúčastněných na poskytování zdravotní péče.

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 přerušování 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.

Byl/a jsem seznámen/a s možností vzdát se podání informace o zdravotním stavu, dále s možností určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu a současně s právem určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě nebo do jiných zápisů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu, požít si výpisy nebo kopie těchto dokumentů a zda mohou v případech stanovených právním předpisem vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Současně jsem srozuměn/a s možností určit osoby, kterým lze zakázat podávání informací o zdravotním stavu.

**Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno. S ošetřujícím lékařem jsem hovořil/a. Informacím a poučení jsem plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem). K souhlasu jsem přistoupil/a svobodně, a tedy vážně, bez nátlaku a prost/a omylu.**

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.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo opatrovník pacienta s omezenou svéprávností, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

**POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVĚPRÁVNOSTÍ 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)

.....  
podpis

Jméno a příjmení pacienta:

.....  
(hůlkovým písmem)

V Brně 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:

očíma:

jinak:

Svěděk: .....

Jméno a příjmení, podpis (uvede se i adresa a datum narození)

Datum	Typ ošetření a lokalizace	Předběžný rozpočet ošetření – přímá platba pacientem v Kč	Podpis pacienta (zákonného zástupce)	Podpis lékaře

**Aktuální zdravotní stav pacienta:**

Onemocnění:

Alergie:

Pravidelně užívané léky:

**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)

podpis

Svěděk: .....