ZGODA PACJENTA NA ZNIECZULENIE NASIĘKOWE I PRZEWODOWE

Znieczulenie wykonywane jest na życzenie pacjenta.

Znieczulenie można podać, gdy przeprowadzane będzie rutynowe leczenie zębów lub poważniejsze zabiegi stomatologiczne. Po podaniu znieczulenia mogą wystąpić objawy niepożądane lub powikłania zawiązane z indywidualną wrażliwością pacjenta.

Powikłania ogólne:

- **omdlenie** – krótkotrwała utrata przytomności z zachowaniem krążenia i akcji serca. Przyczyną może być silny strach lub bodziec bólowy. Pacjenta należy ułożyć na wznak, z nogami uniesionymi w górę, by usprawnić dopływ krwi do serca. W razie potrzeby lekarz poda odpowiednie leki;
- **odczyn toksyczny** – może nastąpić po podaniu środka znieczulającego, na skutek reakcji alergicznej lub toksycznej. Występuje reakcja ze strony układu nerwowego i/lub układu krążenia: pobudzenie psychoruchowe, drętwienie języka, zaburzenia widzenia, drgawki i kurcze mięśni. W skrajnych przypadkach może wystąpić śpiączka. Ostre odczyny toksyczne mogą doprowadzić do niewydolności oddechowej, a nawet zgonu. Postępowanie zasadnicze: udrożnić drogi oddechowe, podać tlen, ułożyć pacjenta płasko z nogami uniesionymi. Lekarz poda środki podnoszące ciśnienie krwi i przyspieszające pracę serca.

Powikłania miejscowe:

- uszkodzenie nerwu czuciowego (drętwienie skóry, mrowienie, trwałe lub przejściowe zaburzenia czucia w obrębie dolnej wargi, skóry bródki, połowy języka)
- krwiak tkanek
- miejscowe niedokrwienie tkanek
- porażenie nerwów ruchowych (przejściowy niedowład twarzy po jednej stronie)
- zainfekowanie organizmu podczas iniekcji znieczulenia
- ból po zabiegu
- uszkodzenie wargi
- złamanie igły przy gwałtownym ruchu pacjenta
- niedostateczne znieczulenie.

Powyższe zasady przeczytałem/am i zrozumiałem/am, uzyskałem/am wszelkie wyjaśnienia dotyczące znieczulenia w moim przypadku od lek. …….. Zostałem/am poinformowany/na o alternatywnych możliwościach postępowania, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/am poinformowany/na o ryzyku wynikającym z zastosowania znieczulenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia.
Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Leczenie w znieczuleniu jest stosowane wyłącznie w celu wyeliminowania dolegliwości bólowych.

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie do leczenia zęba/ów przez lek. dent.

…….

……	……	……
data	podpis i pieczątka lekarza	czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie do leczenia zęba/ów.

Data	Podpis pacjenta

34W