

Karta Informacyjna

dla pacjentów przed ZNIECZULENIEM

Szanowny(a) Panie, Pani
Gratuluję podjęcia decyzji o leczeniu w znieczuleniu (analgosedacji) w gabinecie stomatologicznym.

Lekarz Anestezjolog uprzejmie prosi o przyniesienie następujących dokumentów do wglądu:

- Karty wypisowe z pobytów w szpitalu (jeśli takie były), informacja o uczuleniach.
- Badania laboratoryjne nie starsze niż 6 miesięcy. EKG nie starsze niż 6 miesięcy - tylko u pacjentów z wywiadem chorobowym lub powyżej 50 roku życia.
- Lista zażywanych leków.
- Wypełniona ankieta chorobowa, druga strona karty informacyjnej.

W dniu znieczulenia proszę:

- **przyjść do gabinetu z osobą towarzyszącą,**
- **przyjść na czczo, 6 godzin przed znieczuleniem nic nie jeść, 4 h nie pić.**

Bardzo ważne!!!

Dzieci poniżej 5 r.ż. 4h bez jedzenia, 2h bez picia.

- **nie palić papierosów, nie żuć gumy,**
- **przyjść bez biżuterii, makijażu, lakieru na paznokciach.**

Podobnie jak w życiu tak i w medycynie nie istnieje procedura medyczna która jest w 100% bezpieczna, jednak wykonujący znieczulenie lekarz anestezjolog dołoży wszelkich starań, aby zaplanowane znieczulenie wykonać zgodnie z aktualną wiedzą i standardami medycznymi. Przed znieczuleniem zostanie założony dostęp dożylny - wenflon i przez niego podawane będą leki. W trakcie znieczulenia lekarz anestezjolog będzie stale obecny i będzie nadzorował przebieg zabiegu monitorując funkcje życiowe pacjenta. Lekarz anestezjolog będzie wykonywał czynności medyczne i rękoćzyny w celu utrzymania drożności dróg oddechowych. Jeśli zajdzie taka potrzeba w trakcie znieczulenia będą wykonane procedury medyczne polegające na utrzymaniu wydolnego oddechu i krążenia u pacjenta zapewniając optymalne bezpieczeństwo znieczulenia.

Po znieczuleniu w ciągu 12 godzin nie można podejmować ważnych decyzji, prowadzić pojazdy mechaniczne i obsługiwać urządzeń, podpisywać umowy i zobowiązania. W tym czasie pacjent musi mieć zapewnioną opiekę innej bliskiej osoby pełnoletniej.

Strona 1 z 9	NZOZ Dental-Care Agnieszka Nieścieronek Sp. J. 34-300 Żywiec ul. PCK4 TEL: 033 4756247 www.dental-care.pl rejestracja@dental-care.pl NIP: 553 239 38 82	Podpis:
--------------	--	---------

UMOWA

Pomiędzy: Rafał Koba, adres j/w, zwanym dalej „lekarzem anestezjologiem”

a

Dane

pacjenta:

1. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie znieczulenia ogólnego dożylnego i na wszelkie czynności anestezjologiczne konieczne w okresie przed- i po znieczuleniu jak również na zabiegi towarzyszące znieczuleniu. Po znieczuleniu mam zapewnioną opiekę osoby pełnoletniej.
2. Oświadczam, że:
 - § Zrozumiałem istotę powyższego znieczulenia,
 - § Zostałem poinformowany o jego wadach, zaletach oraz o możliwych, dających się przewidzieć powikłaniach i następstwach z nim związanych.
 - § Ostatni posiłek stały spożyłem o godzinie, ostatnio piłem(am) o
3. Wszelkie wątpliwości zostały mi wyjaśnione. Miałem(am) także możliwość zadania w czasie rozmowy z lekarzem anestezjologiem wykonującym znieczulenie pytań na temat planowanego znieczulenia.
4. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na to, że jeżeli w czasie zabiegu zaistnieją niespodziewane okoliczności, rodzaj i sposób znieczulenia może być zmieniony na inny ze względu na moje dobro i zapewnienia bezpieczeństwa wykonywanego znieczulenia.
5. Tekst powyższy przeczytałem(am) (został mi przeczytany) i zrozumiałem. Pytań ani wątpliwości nie mam.

Data:.....

Podpis pacjenta:.....

Podpis lekarza:.....

Strona 2 z 9	NZOO Dental-Care Agnieszka Nieścieronek Sp. J. 34-300 Żywiec ul. PCK4 TEL: 033 4756247 www.dental-care.pl rejestracja@dental-care.pl NIP: 553 239 38 82	Podpis:
--------------	--	---------

Karta Informacyjna

dla pacjentów po znieczuleniu

W dniu u Pana(i) zostało wykonane znieczulenie – analgesedacja. Znieczulenie wykonał dr n. med. Rafał Koba. Pacjent wybudzony, świadomy, wydolny krążeniowo i oddechowo został oddany pod opiekę osobie towarzyszącej o godzinie

Podpis lekarza: Podpis pacjenta/opiekuna:

(Dokument przekazywany pacjentowi)

Karta Informacyjna

dla pacjentów po znieczuleniu

W dniu u Pana(i) zostało wykonane znieczulenie – analgesedacja. Znieczulenie wykonał dr n. med. Rafał Koba. Pacjent wybudzony, świadomy, wydolny krążeniowo i oddechowo został oddany pod opiekę osobie towarzyszącej o godzinie

Podpis lekarza: Podpis pacjenta/opiekuna:

(Dokument pozostawiony w historii choroby / kartotece)

Strona 3 z 9	NZOO Dental-Care Agnieszka Nieścieronek Sp. J. 34-300 Żywiec ul. PCK4 TEL: 033 4756247 www.dental-care.pl rejestracja@dental-care.pl NIP: 553 239 38 82	Podpis:
--------------	--	---------

**PROTOKÓŁ ZNIECZULENIA
WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG**

Bielsko-Biała, dnia

Imię i nazwisko Dziecka PESEL _ _ _ _ _

RODZAJ ZNIECZULENIA	X	PARAMETRY	POCZĄTKOWE	KOŃCOWE
Ogólne dożylne		RR		
Ogólne dotchawicze		TĘTNO		
Przewodowe		SpO2		

LEKI PODANE PODCZAS ZNIECZULENIA

Atropina 0,5 mg 1 mg Fentanyl 0,025 mg 0,05 mg 0,1 mg
Midazolam 0,5 mg 1 mg Propofol

Inne leki 1.
 2.

UWAGI

.....

Pieczętka i podpis lekarza

POTWIERDZENIE ODBIORU DZIECKA
DOKUMENT POZOSTAWIAMY W KARTOTECE PACJENTA

W dniu u Pacjenta zostało wykonane znieczulenie ogólne.
Znieczulenie nadzorował i prowadził dr n.med. Dziecko wybudzone,
wydolne krążeniowo i oddechowo zostało oddane pod opiekę Rodzica/Opiekuna o godzinie

Podpis Rodzica / Opiekuna

Pieczętka i podpis Lekarza

POTWIERDZENIE ODBIORU DZIECKA
DOKUMENT DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW DZIECKA

W dniu u Pana (-i) Dziecka zostało wykonane znieczulenie ogólne. Znieczulenie nadzorował i prowadził dr n.med.
Dziecko wybudzone, wydolne krążeniowo i oddechowo zostało oddane pod opiekę Rodzica/Opiekuna o godzinie

Podpis Rodzica / Opiekuna

Pieczętka i podpis Lekarza

**PO ZABIEGU
INFORMACJE DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW**

1. Po zabiegu w znieczuleniu ogólnym mogą występować nudności i zawroty głowy.
2. Dziecko może pić i jeść lekki posiłek po ok. 1 godzinie po zabiegu w narkozie.
3. W trakcie 12 godzin po zabiegu Dziecko powinno pozostawać pod opieką osoby dorosłej.

W RAZIE DODATKOWYCH PYTAŃ

prosimy o kontakt z recepcją Kliniki Stomatologicznej Dental-Care: 33 475 62 47

W SYTUACJACH NAGŁYCH prosimy o kontakt na numer alarmowy: 602 371 671

Strona 7 z 9	NZOO Dental-Care Agnieszka Nieścieronek Sp. J. 34-300 Żywiec ul. PCK4 TEL: 033 4756247 www.dental-care.pl rejestracja@dental-care.pl NIP: 553 239 38 82	Podpis:
--------------	--	---------

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA
WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN DZIECKA

Imię i nazwisko Dziecka PESEL

Wiek lat Waga kg Wzrost cm

PROSIMY ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ	NIE	TAK	DODATKOWE INFORMACJE
1. Czy znajduje się Pani/Pan pod stałą opieką lekarza z powodu przewlekłej choroby?			
2. Czy u Pani/Pana było leczenie z powodu infekcji w ciągu ostatnich 3 tygodni?			
3. Czy u Pani/Pana wystąpiła choroba zakaźna w ostatnich 12 miesiącach?			
4. Czy u Pani/Pana było leczenie szpitalnie lub była wykonana operacja ? (powikłania: wymioty, silne bóle, przedłużone budzenie, złe samopoczucie; przetoczenie krwi)			
5. Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś leki, np. uspokajające, nasenne, psychotropowe, inne?			
6. Czy jest Pani/Pan uczulona/y na jakieś leki?			
7. Czy choruje Pani/Pan na choroby układu krążenia? (choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego, wada serca, nadciśnienie tętnicze, niskie ciśnienie tętnicze, dusznica bolesna, duszności przy wysiłku, zaburzenia rytmu serca, bóle zastawkowe, obrzęki obwodowe, inne)			
8. Czy choruje Pani/Pan na choroby naczyń? (zaburzenia krążenia obwodowego, choroba zakrzepowa żył, operacje naczyniowe, żylaki, zatory, inne)			
9. Czy choruje Pani/Pan na choroby dróg oddechowych? (zapalenie płuc, rozedma, astma, pylica, przewlekłe zapalenie oskrzeli, POChP, gruźlica)			
10. Czy choruje Pani/Pan na choroby wątroby? (żółtaczka, WZW typu B lub C, kamica pęcherzykowata, marskość)			
11. Czy choruje Pani/Pan na choroby nerek i układu moczowego? (kamica nerkowa, kolki, zapalenie nerek, zapalenie nerek, zapalenie pęcherza moczowego, zapalenie cewki moczowej)			
12. Czy choruje Pani/Pan na choroby układu żołądkowo-jelitowego? (wrzody żołądka, wrzody dwunastnicy, wymioty, refluks, biegunki, zaparcia, bóle brzucha, inne)			
13. Czy choruje Pani/Pan na choroby tarczycy? (nadczynność, niedoczynność, guzki, wole, operacje)			
14. Czy choruje Pani/Pan na choroby metaboliczne? (cukrzyca, mocznica, inne)			
15. Czy choruje Pani/Pan na choroby układu nerwowego? (padaczka, drgawki, niedowłady, depresje)			
16. Czy choruje Pani/Pan na choroby mięśni i układu kostno-szkieletowego? (osłabienie, dyskopatia, ZZSK, osteoporoza)			
17. Czy ma Pani/Pan zaburzenia układu krzepnięcia? (częste krwawienia z nosa, przedłużone krwawienia z ran, wylewy podskórne, niebieskie plamy po uderzeniu, hemofilia)			

18. Czy u Pani/Pana występują uczulenia? (środki spożywcze, środki chemiczne, kontrastowe, katar sienny, plastry, leki, jodyna, inne)			
20. Czy u Pani/Pana występują ubytki zębowe? (korzenie zębowe do leczenia, mostki, korony, wyjmowane protezy- częściowa/całkowita)			
19. Czy jest Pani/Pan leczona/y na inne choroby? Jakież?			

STOPIEŃ RYZYKA ZNIECZULENIA (wypełnia lekarz)

(I) (II) (III) (IV) (E)

Oświadczam, że przeczytałem (-am) niniejszy formularz oraz, że podane informacje są prawdziwe.

Bielsko-Biała, dnia

Podpis Rodzica / Opiekuna