

ANKIETA/ZGODA NA ZABIEGI W SEDACJI PODTLENKIEM AZOTU(N2O)

data.....

Dental Care , Żywiec ul.PCK4

Lekarz prowadzący wywiad.....

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres.....

Imię i nazwisko opiekuna.....

Proszę odpowiedzieć na pytania: TAK/NIE

1. Czy występują trudności w oddychaniu, kiedy Pan/Pani się położy?.....
2. Czy odczuwa Pan ból w klatce piersiowej w czasie wchodzenia po schodach?.....
3. Czy przechodził Pan/Pani zawał mięśnia sercowego?.....
4. Czy długo utrzymuje się krwawienie po skaleczeniu ?
5. Czy chorował(a) Pan/Pani na żółtaczkę?.....
6. Czy zażywa Pan/Pani leki ?
- Jakie?
7. *Czy zażywa Pan/Pani leki uspokajające/ nasenne?
- Jakie?
9. Czy jest Pan/Pani na coś uczulony ?
10. Czy pali Pan/Pani tytoń?
11. *Czy był(a) Pan/Pani leczona z powodu choroby alkoholowej?
12. *Czy jest Pani w ciąży?.....

Czy występuje u Pana/Pani: TAK/NIE

- Rozedma płuc.....
- Roztrzenie oskrzelowe....
- Stwardnienie rozsiane....
- Złośliwa hipertermia....
- Myastenia gravis....
- Porfiria....
- Implant ślimakowy....
- Padaczka....
- Gruźlica płuc....
- Katar sienny....
- Nadciśnienie....
- Nadczynność tarczycy....
- Cukrzyca....
- Astma....
- Choroba nerek....

Jestem poinformowany(a) o możliwości wystąpienia przejściowych powikłań związanych z wykonywaniem zabiegów stomatologicznych w czasie sedacji wziewnej ,takich jak: wymioty(w przypadku podania nieprawdziwej informacji o spożywaniu posiłków), niepokój, złe samopoczucie.

Ostatni posiłek spożywałem(am)/osoba będąca pod moją opieką spożywała' co najmniej 3godz. przed wizytą

- W dniu wykonywania sedacji nie będę prowadził(a) pojazdów mechanicznych /nie zezwolę na prowadzenie pojazdów osobie będącą pod moją opieką'
- Stwierdzam że odpowiedzi podane przeze mnie są zgodne z prawdą.
- Stwierdzam że zrozumiałem/am treść zadanych mi pytań.

Zgadzam się na wykonanie zabiegów w sedacji wziewnej

Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna