

UMOWA:

Pomiędzy: Regina Rysakowska, zwanym dalej „lekarzem anestezjologiem”

a

Dane pacjenta / rodzica / opiekuna prawnego:

.....PESEL.....

1. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie
znieczulenia miejscowego ☐ ogólne dotchawicze wziewne ☐ ogólne dożylnie krótkotrwałe ☐
ogólne całkowite dożylnie ☐ i na wszelkie czynności anestezjologiczne konieczne w okresie przed i po
znieczuleniu, jak również na zabiegi towarzyszące znieczuleniu
2. Po uważnym przeczytaniu i wypełnieniu ankiety oraz możliwości uzyskania zrozumiałych i
wyczerpujących dla mnie odpowiedzi na zadawane pytania dotyczące planowanego znieczulenia,
związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na
proponowany typ znieczulenia. Rozumiem na czym polega znieczulenie, któremu będę poddany/a.
3. Wyrażam również zgodę na towarzyszące znieczuleniu postępowania (infuzje, transfuzje, leczenie
krążeniowe, oddechowe, pobieranie krwi do badań) w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione
medyczne zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego w tym również na zmianę rodzaju
znieczulenia. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na którą miałem/am wystarczającą ilość
czasu.
4. Oświadczam wszelkie podane informacje są zgodne z prawdą i nie zatailem/am żadnych istotnych
informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków,
będąc świadomym/mą wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.
5. Oświadczam również, że w ciągu ostatnich 6 godzin przed znieczuleniem nie przyjmowałem/am
żadnych pokarmów ani w ciągu ostatnich 4 godzin płynów i zastosowałem/ am się do wszelkich
instrukcji personelu medycznego dotyczących przygotowania do zabiegu operacyjnego.

Data:.....

Podpis pacjenta/rodzica/ opiekuna prawnego:.....

Podpis lekarza:.....

dr Regina Rysakowska

KARTA INFORMACYJNA**DLA PACJENTÓW PO ZNIECZULENIU**

W dniu u Pana(i) zostało wykonane znieczulenie – analgosedacja. Znieczulenie wykonała dr Regina Rysakowska. Pacjent wybudzony, świadomy, wydolny krążeniowo i oddechowo został oddany pod opiekę osobie towarzyszącej o godzinie

ZALECENIA PO ZNIECZULENIU

- Po zabiegu w znieczuleniu ogólnym mogą występować nudności i zawroty głowy.
- Można pić i jeść lekki posiłek po ok. 1 godzinie po zabiegu w narkozie.
- W trakcie 12 godzin po zabiegu pacjent powinien pozostać pod opieką osoby dorosłej.

ZALECENIA PO EKSTRAKCJI ZEBÓW**Po zabiegu:**

- Stosuj zimne okłady co najmniej 4 godziny po zabiegu, pozwoli to zmniejszyć dolegliwości bólowe i ograniczyć powstanie obrzęku;
- Nie pal przez co najmniej 12-24 godziny od zabiegu;

Higiena jamy ustnej:

- Nie płucz ust przez 24h po zabiegu;
- Następnego dnia przeprowadzaj zwykłą higienę jamy ustnej, unikając szczotkowania okolicy operowanej, delikatnie szczotkuj zęby sąsiadujące z tą okolicą;
- Następnie płucz delikatnie płynem antyseptycznym wg instrukcji na opakowaniu;

Dieta:

- Jedz i pij dopiero 2h po zabiegu;
- Unikaj gorących płynów i pokarmów w dniu zabiegu;
- Jedz miękkie pokarmy do czasu, aż poczujesz, że możesz wrócić do normalnych posiłków;

Dolegliwości:

- W przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych zażyj leki przeciwbólowe i skontaktuj się z lekarzem przeprowadzającym zabieg;
- Jeżeli został przepisany antybiotyk, zażywaj go według załączonej instrukcji aż do ostatniej tabletki;
- Przez 2 dni po zabiegu unikaj wysiłku fizycznego i ćwiczeń sportowych, nie dźwigaj ciężkich przedmiotów;
- Zdjęcie szwów:.....

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: 605 148 840 Regina Rysakowska

Podpis lekarza:
dr Regina Rysakowska

Podpis pacjenta/opiekuna:
(Dokument przekazywany pacjentowi)

KARTA INFORMACYJNA**DLA PACJENTÓW PO ZNIECZULENIU**

W dniu u Pana(i) zostało wykonane znieczulenie – analgosedacja. Znieczulenie wykonała dr Regina Rysakowska. Pacjent wybudzony, świadomy, wydolny krążeniowo i oddechowo został oddany pod opiekę osobie towarzyszącej o godzinie

ZALECENIA PO ZNIECZULENIU

- Po zabiegu w znieczuleniu ogólnym mogą występować nudności i zawroty głowy.
- Można pić i jeść lekki posiłek po ok. 1 godzinie po zabiegu w narkozie.
- W trakcie 12 godzin po zabiegu pacjent powinien pozostać pod opieką osoby dorosłej.

ZALECENIA PO EKSTRAKCJI ZEBÓW**Po zabiegu:**

- Stosuj zimne okłady co najmniej 4 godziny po zabiegu, pozwoli to zmniejszyć dolegliwości bólowe i ograniczyć powstanie obrzęku;
- Nie pal przez co najmniej 12-24 godziny od zabiegu;

Higiena jamy ustnej:

- Nie płucz ust przez 24h po zabiegu;
- Następnego dnia przeprowadzaj zwykłą higienę jamy ustnej, unikając szczotkowania okolicy operowanej, delikatnie szczotkuj zęby sąsiadujące z tą okolicą;
- Następnie płucz delikatnie płynem antyseptycznym wg instrukcji na opakowaniu;

Dieta:

- Jedz i pij dopiero 2h po zabiegu;
- Unikaj gorących płynów i pokarmów w dniu zabiegu;
- Jedz miękkie pokarmy do czasu, aż poczujesz, że możesz wrócić do normalnych posiłków;

Dolegliwości:

- W przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych zażyj leki przeciwbólowe i skontaktuj się z lekarzem przeprowadzającym zabieg;
- Jeżeli został przepisany antybiotyk, zażywaj go według załączonej instrukcji aż do ostatniej tabletki;
- Przez 2 dni po zabiegu unikaj wysiłku fizycznego i ćwiczeń sportowych, nie dźwigaj ciężkich przedmiotów;
- Zdjęcie szwów:.....

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: 605 148 840 Regina Rysakowska

Podpis lekarza:
dr Regina Rysakowska

Podpis pacjenta/opiekuna:
(Dokument pozostawiony w historii choroby / kartotece)