MEDICA CENTRUM
Edward Kisiel

Poradnia Stomatologiczna

Aleje Zwycięstwa 11
21-200 Parczew
tel./fax (83) 355 02 12

ZGODA PACJENTA NA ZNIECZULENIE NASIĘKOWE I PRZEWODOWE

Imię i Nazwisko pacjenta **PESEL**

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 związane z indywidualną wrażliwością pacjenta.

Powikłania ogólne:

- omdlenie – krótkotrwała utrata przytomności z zachowaniem krążenia i akcji serca. Przyczyną może być silny strach lub bodziec bólowy
- 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.

Powikłania miejscowe:

- uszkodzenie nerwu czuciowego
- krwiak tkanek
- miejscowe niedokrwienie tkanek
- porażenie nerwów ruchowych
- 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. 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 wykonywanie znieczulenia miejscowego przez lek. dent.

……

…….. ……..
Podpis i pieczątka lekarza dentysty Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

……..
Miejscowość, data