



**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
NA ZNIECZULENIE NASIĘKOWE I/LUB PRZEWODOWE I/LUB ŚRÓDWIĘZADŁOWE
(DOTYCZY ZABIEGÓW Z ZAKRESU STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ I CHIRURGII - EKSTRAKTCJE ZĘBÓW)**

Dane rodzica/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko..... PESEL.....
Nr dowodu osobistego/paszportu..... Numer telefonu.....
Adres zamieszkania lub pobytu.....

Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym (zaznaczyć właściwe) pacjenta:

Imię i nazwisko dziecka.....
PESEL dziecka.....

Znieczulenie może być podane, gdy przeprowadzane jest rutynowe leczenie zębów lub poważniejsze zabiegi stomatologiczne. Leczenie w znieczuleniu jest stosowane wyłącznie w celu wyeliminowania dolegliwości bólowych.

Po podaniu znieczulenia mogą wystąpić objawy niepożądane lub powikłania związane z indywidualną wrażliwością pacjenta.

Powikłania miejscowe:

Ból przy podawaniu (w czasie iniekcji), uszkodzenie nerwu czuciowego, krwiak tkanek, miejscowe niedokrwienie tkanek (martwica brodawki dziąsłowej), ropień w miejscu wkłucia, porażenie nerwów ruchowych, zainfekowanie organizmu podczas iniekcji znieczulenia, ból po zabiegu, uszkodzenie wargi, złamanie igły przy gwałtownym ruchu pacjenta, niedostateczne znieczulenie.

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.
- reakcja ze strony układu nerwowego i/lub układu krążenia: pobudzenie psychoruchowe, drętwienie języka, zaburzenia widzenia, drgawki i kurcze mięśni,
- w skrajnych przypadkach śpiączka,

Wypełnia rodzic/opiekun prawny/przedstawiciel ustawowy pacjenta:

Zgodnie z art. 31 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 15 -19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego w **Specjalistycznym Centrum Stomatologicznym DENS**.

- ❖ Powyższe zasady przeczytałem i zrozumiałem.
- ❖ Uzyskałem wszelkie wyjaśnienia dotyczące znieczulenia w przypadku mojego dziecka/podopiecznego.
- ❖ Zostałem poinformowany o alternatywnych możliwościach postępowania, z zaniechaniem leczenia włącznie.
- ❖ Zostałem poinformowany o ryzyku wynikającym z zastosowania znieczulenia.
- ❖ Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.
- ❖ Przeciwwskazania do wykonania znieczulenia
.....TAK / NIE
- ❖ Jeśli istnieją, to jakie?
.....

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego i/lub przewodowego i/lub śródwieżadłowego.

Wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia.

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/
przedstawiciela ustawowego pacjenta;
data i miejscowość

.....
Czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat
i nie jest pełnoletni; data i miejscowość