

TEL.....

1. Pacjent może pić od godziny
Proszę o picie początkowo małych ilości płynu – przez pierwsze półgodziny
2. Pacjent może jeść od godziny
3. Nie płukać ust do Mycie zębów od.....
4. Nie pić gorących płynów, nie jeść gorących posiłków do.....
5. Dieta półpłynna do.....
6. Zimny okład na policzek LEWY / PRAWY . Utrzymywać do.....
(*Należy posmarować policzek tłustym kremem. Łód owinąć najlepiej papierowym ręcznikiem. Okładu trzeba utrzymywać przez 10 minut i następnie konieczne jest 10 minut przerwy. Należy sprawdzać czy skóra na policzku nie jest podrażniona.*)
UWAGA! NIE PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ MOŻE DOPROWADZIĆ DO ODMROŻEŃ
7. Wizyta kontrolna w dniu godzina
8.
9.
10.
11.
12.
13.

W RAZIE JAKICHKOLWIEK WĄTPLIWOŚCI PROSZĘ O KONTAKT TELEFONICZNY.**Szanowni Państwo**

Bolesne zabiegi medyczne są z reguły wykonywane w znieczuleniu. Za wykonanie znieczulenia i utrzymanie w czasie jego trwania ważnych funkcji życiowych (*między innymi, oddychania, krążenia krwi*) jest odpowiedzialny lekarz anestezjolog. Jego współpraca z lekarzem wykonującym zabieg służy bezpieczeństwu pacjenta.

Znieczulenie ogólne (narkoza)

Wyłącza świadomość a tym samym odczuwanie bólu. Od początku znieczulenia do jego końca Pacjent znajduje się w spokojnym podobnym do snu stanie. Znieczulenie rozpoczyna się od podania środka nasennego przez wkłutą do żyły specjalną igłę. Wystarcza to do przeprowadzenia krótkiego zabiegu (*krótka narkoza dożylna*). Podczas dłuższych zabiegów znieczulenie utrzymuje się poprzez podawanie dożylnych środków. Znieczulenie "na maskę" polega na podawaniu tlenu i środków lotnych przez obejmującą usta i nos, przylegającą do twarzy maskę. W „znieczuleniu z intubacją” tlen i środki wziewne podawane są poprzez rurkę intubacyjną, która wkładana jest do tchawicy po zaśnięciu pacjenta i usuwana przed Jego obudzeniem. Intubacja zapewnia prawidłowe oddychanie i chroni płuca przed zachłyśnięciem.

Wybór rodzaju znieczulenia

Każdy rodzaj znieczulenia ma zalety i wady. Proponujemy takie postępowanie, które nadaje się najlepiej do danego rodzaju zabiegu i które jest najmniej obciążające dla organizmu.

Sedacja

Sedacja jest definiowana, jako stan znacznie ograniczonego poziomu świadomości wywołany metodami farmakologicznymi, który pozwala pacjentowi na zachowanie reakcji stosownych do fizycznych bodźców lub poleceń słownych. W trakcie takiej sedacji podawane są ciągle krótko działające leki dożylnie. Metoda ta zapewnia stałą kontrolę poziomu świadomości pacjenta. Pacjent jest wprowadzany w sedację przed rozpoczęciem zabiegu, następnie lekarz stomatolog wykonuje znieczulenie miejscowe. Od tego momentu pacjent może odczuwać dotykanie, pociąganie, ale nie odczuwa bólu. Możliwe jest szybkie pogłębienie lub spłycenie sedacji w zależności od samopoczucia pacjenta i etapu zabiegu.

Nie ma zabiegów bez żadnego ryzyka

Poważne zagrażające życiu powikłania związane ze znieczuleniem (np. zatrzymanie akcji serca) są bardzo rzadkie. Stosowane obecnie **znieczulenie**

ogólne poprzez dokładne podawanie minimalnych dawek i łączenie różnych środków, jak też zastosowanie sztucznej wentylacji umożliwiają maksymalnie bezpieczne przeprowadzenie pacjenta przez okres zabiegu. W celu uniknięcia komplikacji konieczne jest dobre sterowanie oddechem, krążeniem krwi i innymi ważnymi funkcjami organizmu, które są dokładnie i bez przerwy monitorowane. Wspólnie z lekarzem wykonującym zabieg nadzorujemy prawidłowe ułożenie na fotelu, dzięki czemu unikamy uszkodzenia nerwów wskutek ich ucisku bądź rozciągania a w następstwie zaburzeń czucia i niedowładów. Opuszczenie gabinetu po zabiegu jest możliwe, gdy pacjent czuje się na tyle dobrze, że może iść do domu i jednocześnie anestezjolog wyraża zgodę. Czas pobytu po zabiegu jest bardzo indywidualny, zwykle trwa jedną do dwóch godzin.

Prosimy Państwa o dokładne informacje.

Obciążenie i niebezpieczeństwo związane z każdym zabiegiem medycznym, w tym również ze znieczuleniem ogólnym, zależy od wielu okoliczności. Duży wpływ mają choroby towarzyszące i dotychczas przebyte, stan ogólny, wiek i styl życia. Zadając poniższe pytania, chcemy ustalić możliwe zagrożenia i zapewnić najwyższy stopień bezpieczeństwa. Pytań jest tak wiele, ponieważ chcemy

zapobiec również bardzo rzadkim i stosunkowo niegroźnym powikłaniom (np. uszkodzeniu zębów podczas intubacji, podrażnieniu żył, zaburzeniom głosu, nudnościom i wymiotom). Ewentualne wątpliwości dotyczące pytań zawartych w ankiecie wyjaśni anestezjolog. Skontaktujemy się z Państwem telefonicznie najpóźniej w dniu poprzedzającym zabieg. Jeżeli życzycie sobie Państwo wcześniejszego kontaktu telefonicznego z nami prosimy o zgłoszenie tego w recepcji gabinetu. *Przez 24 godziny po zabiegu będziecie Państwo mieli możliwość stałego kontaktu z anestezjologiem. W tym czasie należy informować nas o ewentualnych problemach.* Cennik określający koszt znieczulenia jest dostępny w recepcji gabinetu.

PROSZĘ O PRZESTRZEGANIE PONIŻSZYCH ZALECEŃ

- **6 GODZIN PRZED ZABIEGIEM NIE WOLNO NIC JEŚĆ ANI PIĆ, ABY UNIKNAĆ ZACHŁYŚNIĘCIA. LEKI NALEŻY PRZYJAĆ O ZWYKŁEJ PORZE MOŻNA POPIĆ ŁYŻKĄ WODY.**
- **TRZEBA PO ZABIEGU MIEĆ ZAPEWNIONY TRANSPORT DO DOMU Z TOWARZYSZĄCĄ DOROSŁĄ OSOBĄ.**
- **Nie wolno pić alkoholu 24 godziny przed zabiegiem.**
- **Nie wolno nakładać makijażu i kremu.**
- **Wskazane jest zaprzestanie palenia papierosów 4 godziny przed zabiegiem.**
- **Należy usunąć protezy zębowe i szkła kontaktowe (już w klinice).**
- **Należy zdjąć i pozostawić w domu zegarek, obrączkę, kolczyki, pierścionki, łańcuszki, spinki do włosów.**
- **Należy założyć wygodne luźne ubranie, zabrać ze sobą dodatkową parę grubych skarpet.**
- **Nie wolno 24 godziny po zabiegu pić alkoholu, prowadzić pojazdów, obsługiwać urządzeń mechanicznych.**
- **W czasie 24 godzin po zabiegu należy unikać podejmowania ważnych decyzji.**
- **PROSZĘ ZABRAĆ ZE SOBĄ WYNIKI BADAŃ I ANKIETĘ.**

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną dzisiaj rozmowę wyjaśniającą postępowanie. Zrozumiałem(am) wyjaśnienia i zadałem(am) wszystkie interesujące mnie pytania w szczególności dotyczące rodzaju znieczulenia, jego zalet i wad, oraz możliwości powikłań.

NIE MAM ŻADNYCH DALSZYCH PYTAŃ. ZGADZAM SIĘ, ABY PLANOWANY ZABIEG został przeprowadzony w

znieczuleniu ogólnym **sedacji** .

Zgadzam się również na uzasadnione medycznie postępowanie towarzyszące (np. przetoczenie płynów, krwi, dodatkowe wklucie dożylnie).

Zgłaszam następujące ograniczenia towarzyszącego postępowania medycznego:

.....

.....
 data

.....
 (czytelny podpis pacjenta)

.....
 podpis lekarza

OŚWIADCZENIE

Znany jest mi cennik znieczulenia.

NIC NIE JADŁEM/AM I NIE PIŁEM/AM OD 6 GODZIN.

MAM ZAPEWNIONY TRANSPORT DO DOMU Z DOROSŁĄ OSOBĄ TOWARZYSZĄCĄ.

.....
 data

.....
 (czytelny podpis pacjenta)

Podane przez państwa informacje objęte są tajemnicą lekarską i pozostają do wglądu jedynie dla personelu medycznego prowadzącego leczenie. Jesteś zobowiązani do zbierania i przechowywania danych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 r. (Dz.U.01.083.903zdnia 30 sierpnia 2001) oraz z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 nr 101 poz.926). Wszelkie uzyskanie informacji będą wykorzystywane wyłącznie do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
 IMIĘ I NAZWISKO

.....
 ADRES

.....
 TELEFON PESEL

**PROSZĘ O ZAKREŚLENIE
 WŁAŚCIWEJ ODPOWIEDZI ~~X~~
 WPISANIE INFORMACJI DUŻYMI
 LITERAMI LUB ODPOWIEDNIE
 PODKREŚLENIE.**

Waga kg wzrost cm

• Jaki wykonuje Pani/Pan zawód?

• Czy znajdował(a) się Pani/Pan ostatnio pod opieką lekarską z powodu przewlekłej choroby?
 TAK NIE

• Czy jest Pani w ciąży?
 TAK NIE

• Proszę podać datę ostatniej miesiączki:

• Czy brał(a) Pan/Pani w ciągu ostatnich 10 dni leki **PRZECIWGRYPOWE, PRZECIWBÓLOWE, OBNIŻAJĄCE KRZEPLIWOŚĆ, PRZECIWRREUMATYCZNE?**

TAK NIE

Jakie.....

• Czy przyjmuje Pan/Pani stałe jakieś lekarstwo?

TAK NIE

Jakie.....

DOROŚLI

- Jakie operacje przeżył(a) Pan/Pani dotychczas (np.: "**woreczek 1974**", "**zabieg ginekologiczny 1985**").

Jakie.....

- Czy w związku z zabiegiem wydarzyło się coś szczególnego (nudności/wymioty) ?

TAK NIE

Co?

- Choroba lokomocyjna ?

TAK NIE

- Czy krewni Pani/Pana mieli jakies powikłania związane ze znieczuleniem?

TAK NIE

Czy jest Pani/Panu WIADOMO, że, chorował(a) lub choruje Pan/Pani na którąś z podanych poniżej chorób:

- Choroby mięśni, wiotkość mięśni?

TAK NIE

- Czy choroby mięśni, wiotkość mięśni występowały u krewnych?

TAK NIE

- Czy choruje Pani/Pan na nadciśnienie tętnicze?

TAK NIE

- Choroby serca (np. **zawał serca, choroba wieńcowa, wada serca, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, inne**)?

TAK NIE

- Choroby płuc i dróg oddechowych (np. **gruźlica, pylica, zapalenie płuc, rozedma, astma oskrzelowa, inne**)?

TAK NIE

- Choroby wątroby (np. **żółtaczką, marskość, inne**)?

TAK NIE

- Czy ma Pani/Pan żyłaki kończyn dolnych (nóg)?

TAK NIE

- Choroby nerek (np. **zapalenia, kamica, inne**)?

TAK NIE

- Zburzenia przemiany materii np. **cukrzyca**?

TAK NIE

- Choroby tarczycy (np. **niedoczynność, nadczynność, powiększenie tarczycy, inne**)?

TAK NIE

- Choroby oczu (np. **jaskra, zaćma, inne**)?

TAK NIE

DOROŚLI

- Czy choruje Pani/Pan na inną nie wymienioną wyżej chorobę?

TAK NIE

Jaka?.....

- Czy ma Pani/Pan protezy zębowe (np. **korony, mosty, wyjmowane protezy, inne**)?

TAK NIE

- Czy ma Pani/Pan ruszające się zęby?

TAK NIE

- Czy pali Pani/Pan regularnie?

TAK NIE

- Czy pije Pani/Pan alkohol częściej niż 1 raz w tygodniu?

TAK NIE

- Czy jest Pani/Pan uzależniony od środków odurzających?

TAK NIE

- Czy Pani/Pan źle słyszy?

TAK NIE

- Inne uwagi (np. **wypadki**)?

TAK NIE

Opis?

.....

.....

- Choroby układu nerwowego (np. **padaczka, niedowład, inne**)?

TAK NIE

- Czy był(a) Pan/Pani leczony(a) z powodu chorób psychicznych (np. **nerwicy, depresji, inne**)?

TAK NIE

- Choroby układu kostnego (**kręgosłupa, stawów, inne**)?

TAK NIE

- Czy choruje Pani/Pan na owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy?

TAK NIE

- Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi (np. **skłonność do powstawania krwinków, krwawienia z nosa, inne**)?

TAK NIE

- Uczulenia (**katar sienny, wysypki, nadwrażliwość na żywność, leki, plaster**)?

TAK NIE

- Czy jest Pani/Pan nosicielem wirusa **HIV, HBs, HCV**?

TAK NIE