

TEL.....

TEL.....

1. Pacjent może pić od godziny .....  
Proszę o picie początkowo małych ilości płynu – przez pierwsze półgodziny

2. Pacjent może jeść od godziny .....

3. Przeciwbólowo należy podawać **PARACETAMOL** .....

dawka ..... tabl./czopek = ..... mg co ..... godziny.

PROSZĘ NIE PODAWAĆ LEKÓW GDY PACJENT ŚPI.

4. Można płukać usta od ..... myć zęby od .....

5. Proszę nie spożywać gorących płynów i posiłków, dieta półpłynna do .....

6. Zimny okład na policzek LEWY / PRAWY . Zaleca się utrzymywać do.....  
(Należy posmarować policzek tłustym kremem. Łód owinąć najlepiej papierowym ręcznikiem. Okład 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. ....

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

## Szanowni Państwo

Ankieta, którą wypełnicie służy do dokładnego poznania stanu zdrowia dziecka. Informacje, które uzyskane dzięki odpowiedziom na poniższe pytania pozwolą na bezpieczne przeprowadzenie znieczulenia (*narkozy*) oraz możliwie jak najmniej przykry okres po zabiegu. Zwracam się do Państwa z uprzejmą prośbą o dokładne przeczytanie ankiety, a następnie o zakreślenie odpowiednich odpowiedzi. W przypadku wątpliwości proszę o pytania. Jednocześnie proszę o dostarczenie dokumentacji dotyczącej dotychczasowego leczenia (*książeczki zdrowia dziecka, kart informacyjnych z wcześniejszego leczenia dziecka w szpitalu, dokumentacji z leczenia w przychodni specjalistycznej np. poradnia metaboliczna, poradnia neurologiczna, itp.*).

### ZNIECZULENIE OGÓLNE – NARKOZA

Znieczulenie ogólne przeprowadzane przez lekarza anestezjologa ma na celu eliminację lęku i bólu oraz umożliwienie zabiegu. Po podaniu leków dziecko jest wprowadzane w stan podobny do głębokiego snu, jednak w tym czasie nic mu się nie śni. Znieczulenie rozpoczyna się od podania środka nasennego przez wkłutą do żyły specjalną kaniulę (*venflon*) lub poprzez podawanie tlenu i wziewnych środków anestetycznych przez obejmującą

usta i nos, przylegającą do twarzy maskę. Dożylnie podanie leku jest korzystniejsze dla dziecka, gdyż zasypianie jest znacznie spokojniejsze, szybsze i nie pozostawia przykrych wspomnień. Z tym sposobem znieczulenia wiąże się konieczność dostępu do żyły, czyli „ukłucie” takie jak przy pobieraniu krwi do badania. Stosowane rodzaje znieczulenia ogólnego zależą od czasu i rodzaju zabiegu. W stosowanym przy zabiegach stomatologicznych „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.

**Nie ma żadnego działania bez 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 umożliwia maksymalnie bezpieczne przeprowadzenie pacjenta przez okres zabiegu. W celu uniknięcia komplikacji konieczne jest dobre sterowanie oddechem, krążeniem krwi i innymi ważnymi funkcjami organizmu, są

one dokładnie i bez przerwy monitorowane. Uważne nadzorowanie prawidłowego ułożenia na fotelu, służy wyeliminowaniu ucisku bądź rozciągania nerwów i związanego z tym ryzyka wystąpienia zaburzeń czucia i niedowładów. Możliwość powikłań związana z każdym zabiegiem medycznym w tym również ze znieczuleniem ogólnym zależy od wielu okoliczności. Duże znaczenie mają choroby towarzyszące i stan ogólny. Poniższe pytania mają na celu ustalenie możliwych zagrożeń i zapewnienie najwyższego stopienia bezpieczeństwa. Pytań jest tak wiele, ponieważ mają zapobiec również rzadkim i stosunkowo niegroźnym powikłaniom (np. uszkodzeniu zębów podczas intubacji, podrażnieniu żył) i objawom ubocznym (zaburzeniom głosu, nudnościom i wymiotom).

#### PRZYGOTOWANIE DZIECKA W DOMU DO ZABIEGU

Znieczulenie ogólne wymaga odpowiedniego przygotowania dziecka. Ma ono celu zmniejszenie niepokoju związanego z oczekiwaniem na zupełnie nowe doświadczenie, jakim jest zabieg. Należy mu wyjaśnić, czemu służy leczenie i dlaczego nie może się odbyć w domu. **Nie wolno dopuszczać do sytuacji, w której o planowanym zabiegu pacjent dowiaduje się w ostatniej chwili.**

Konieczne jest dopilnowanie, aby dziecko nic nie jadło i nie piło przez 6 godzin przed planowanym zabiegiem. **Należy pochować wszystkie napoje, słodczyce, gumy do żucia, owoce.** Postępowanie takie zabezpiecza przed groźnym powikłaniem znieczulenia, jakim jest zachłyśnięcie treścią pokarmową. W zależności od preferencji, dziecko samo siada na fotelu stomatologicznym lub jedno z rodziców bierze je na kolana. Jeśli pacjent wyrazi zgodę na wkłucie do żyły kaniuli (venflon) to zaśnie natychmiast po podaniu leków, jeśli wybierze oddychanie przez maskę to zaśnie po ok. jednej minucie. W tym czasie musi być maska trzymana przy twarzy dziecka. Państwa obecność przyczyni się do jego możliwie spokojnego zaśnięcia. Po zaśnięciu dziecka Państwo opuścicie salę zabiegową. Czas trwania zabiegu odebrany będzie przez dziecko jako bardzo krótki. Obudzi się ono w obecności rodziców i pomimo że nic nie będzie bolało, bezpośrednio po obudzeniu może płakać. Dzieje się tak, ponieważ nie pamięta gdzie się znajduje, i że miało jakiś zabieg! Jest zaskoczone że brakuje mu zęba i że w żyłce mają kaniulę! Taki stan jest wywołany działaniem leków użytych do znieczulenia, zależy od wieku dziecka i trwa zwykle kilkanaście minut. Po zabiegu pacjent pozostanie w gabinecie nie krócej niż jedną godzinę. Kaniula (venflon) będzie usunięta bezpośrednio przed wyjściem do domu. O

wypuszczeniu dziecka do domu decyduje anestezjolog. Przez około 24 godziny po zabiegu Państwa dziecko może mieć zły nastrój, płakać, „być niegrzeczne” proszę o traktowanie go z wyrozumiałością i nie karanie. Jeśli będzie chciało spać proszę mu na to pozwolić. Wstępną kwalifikację dziecka do zabiegu w znieczuleniu ogólnym przeprowadzi lekarz stomatolog. Jeśli dziecko jest zdrowe to drugim etapem będzie rozmowa telefoniczna ze mną - lekarzem anestezjologiem, najpóźniej w dniu poprzedzającym zabieg. Wszystkie wątpliwości dotyczące pytań zawartych w ankiecie będziecie Państwo mogli wyjaśnić w trakcie naszej rozmowy telefonicznej lub podczas spotkania ze mną. Jeżeli lekarz stomatolog uzna że wskazany jest wcześniejszy kontakt z anestezjologiem, zadzwonię odpowiednio wcześniej i w razie potrzeby ustalimy wspólnie termin konsultacji przedoperacyjnej. Jeśli życzycie sobie Państwo ode mnie dodatkowych, wcześniejszych wyjaśnień proszę to zgłosić w recepcji gabinetu. Przed rozpoczęciem zabiegu ustalimy wspólnie szczegóły postępowania. **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 ZALECEŃ

- ◆ PRZEZ 6 GODZIN PRZED ZABIEGIEM DZIECKO NIE MOŻE JEŚĆ I PIĆ, JEST TO KONIECZNE, ABY UNIKNĄĆ ZACHŁYŚNIĘCIA.
- ◆ PROSZĘ O USUNIĘCIE PROTEZ ZĘBOWYCH, APARATÓW ORTODONTYCZNYCH (**NIE DOTYCZY STAŁEGO APARATU**) I SZKIEŁ KONTAKTOWYCH (**JUŻ W KLINICE**).
- ◆ PROSZĘ ZDJAĆ KOLCZYKI, PIERŚCIONKI, ŁAŃCUSZKI, TWARDE ZAPINKI DO WŁOSÓW I NAJLEPIEJ POZOSTAWIĆ W DOMU.
- ◆ NALEŻY ZAPEWNIĆ DZIECKU BEZPIECZNY TRANSPORT DO DOMU. (**KIEROWCA ORAZ DOROSŁA OSOBA OPIEKUJĄCA SIĘ DZIECKIEM.**)
- ◆ PROSZĘ DOSTARCZYĆ W DNIU ZABIEGU WYPEŁNIONĄ ANKIETĘ, WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH ORAZ INNĄ POSIADANĄ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ
- ◆ PRZEZ 24 GODZINY PO ZABIEGU DZIECKO POWINNO POZOSTAWAĆ POD OPIEKĄ OSOBY DOROSŁEJ.

## ZGODA NA ZNIECZULENIE DZIECKA

Po przeprowadzeniu rozmowy wyjaśniającej postępowanie przed-, śród-, i pooperacyjne, 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.**

Zgadzam się również na uzasadnione medycznie postępowanie towarzyszące (np. przetoczenie płynów, krwi, dodatkowe wklucie dożylnie). Zgodę wyrażam w porozumieniu z drugim prawnym opiekunem dziecka.

Zgłaszam następujące ograniczenia towarzyszącego postępowania medycznego:

.....

.....

.....

data

.....

(podpis opiekuna)

.....

podpis lekarza

### OŚWIADCZENIE

Znany jest mi cennik znieczulenia.

**DZIECKO NIC NIE JADŁO I NIE PIŁO OD 6 GODZIN.**

.....

(Data)

(podpis opiekuna)

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 informacje będą wykorzystywane wyłącznie do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami

**D Z I E C I do 16 lat**

Imię i nazwisko

adres

.....

TELEFON

PESEL

Waga

kg

wzrost

cm

### Czy Państwu WIADOMO?

Proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi

~~X~~, wpisanie informacji dużymi literami lub podkreślenie.

◆ Czy dziecko jest pod stałą opieką lekarza z powodu przewlekłej choroby?

TAK    NIE

Jeżeli tak to proszę podać z jakiego powodu

◆ Czy było leczone z powodu infekcji w ciągu ostatnich 3 tygodni?

TAK    NIE

◆ Czy było leczone przez lekarza z powodu chorób zakaźnych w ciągu ostatnich 30 dni?

TAK    NIE

Jeżeli tak to proszę podkreślić z powodu jakich chorób: **odra, ospa wietrzna, świnka, płonica, błonica, mononukleozą, inne**

◆ Czy było skontaktowane z chorobą zakaźną w ciągu ostatnich:

21 dni - ospa wietrzna  
24 dni - świnka  
12 dni - odra  
21 dni - różyczka  
20 dni - koklusz

TAK    NIE

◆ Czy było szczepione w ciągu ostatnich: di-per-te, polio, Hemophilus 3 dni

Świnka, różyczka i odra    3 tygodnie  
Polio doustne    6 tygodni  
Gruźlica (6-7 lat)    6 tygodni

TAK    NIE

**D Z I E C I do 16 lat**

Czy dziecko chorowało na żółtaczkę zakaźną?

TAK    NIE

◆ Czy było szczepione przeciw żółtaczkę zakaźnej?

TAK    NIE

◆ Czy przyjmuje obecnie **leki, witaminy, zioła**?

TAK    NIE

Jakie.....

◆ Czy dziecko było leczone w szpitalu lub było operowane?

TAK    NIE

**Jeżeli tak** to proszę dostarczyć karty informacyjne lub napisać kiedy i z jakiego powodu

◆ Czy podczas wcześniejszych znieczuleń (narkozy) dziecka (np. u stomatologa) były jakieś objawy niepożądane (**nudności/wymioty**)?

TAK    NIE

Co? .....

◆ Czy wśród krewnych dziecka zdarzyły się jakieś powikłania związane ze znieczuleniem (*narkozą*)?

TAK    NIE

◆ Czy choruje na choroby związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi lub występowały przedłużone krwawienia po urazach lub małych zabiegach,? (*częste krwawienia z nosa, rozległe wylewy podskórne, nadmierną skłonność do powstawania sińców po małych urazach z wyjątkiem nóg*)?

TAK    NIE

◆ Czy wśród krewnych dziecka choruje ktoś na choroby związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi?

TAK    NIE

◆ Czy choruje na cukrzycę?

TAK    NIE

◆ Czy ma zaburzenia hormonalne (np. *zaburzenia czynności tarczycy, nadnerczy, przysadki, inne*)?

TAK    NIE

◆ Czy choruje na chorobę lokomocyjną ?

TAK    NIE

◆ Czy choruje na choroby mięśniowe lub nadmierną wiotkość mięśni?

TAK    NIE

**D Z I E C I do 16 lat**

◆ Czy wśród krewnych dziecka są chorzy na choroby mięśniowe lub wiotkość mięśni?

TAK    NIE

◆ Czy było leczone z powodu chorób serca lub układ krążenia?

TAK    NIE

**Jeżeli tak** to proszę podać kiedy i z jakiego powodu

◆ Czy choruje na choroby płuc i oskrzeli (*astma, rozedma, gruźlica, zapalenia oskrzeli, zapalenia krtani lub nagłośni, inne*)?

TAK    NIE

◆ Czy stwierdzono ograniczenia ruchów w stawach lub choroby kręgosłupa?

TAK    NIE

◆ Czy chorowało na choroby nerek (*zakażenia układu moczowego, zapalenia pęcherza, kamice, inne*)?

TAK    NIE

◆ Czy występuje katar sienny, pokrzywka, wysypka lub jest uczulone na leki, żywność lub inne substancje?

TAK    NIE

◆ Czy leczone jest z powodu schorzeń układu nerwowego (*mózgowe porażenie dziecięce, padaczka, inne*)?

TAK    NIE

◆ Czy leczone było lub jest z powodu chorób psychicznych (*nerwice, depresje, inne*)?

TAK    NIE

◆ Czy ma schorzenia oczu (jaskra)?

TAK    NIE

◆ Czy ma wadę zgryzu, **chwiejące się zęby**, próchnicę, protezy, aparat ortodontyczny, inne?

TAK    NIE

• Czy jest nosicielem wirusa **HIV, HBs, HCV**?

•  TAK    NIE

◆ **Proszę podać czy dziecko choruje na inne choroby wyżej nie wymienione**

TAK    NIE

**Jeżeli tak** to opis