

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

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

Numer telefonu.....

Adres zamieszkania lub pobytu

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

Imię i nazwisko dziecka.....

PESEL lub data urodzenia 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:

uszkodzenie nerwu czuciowego, krwiak tkanek, miejscowe niedokrwienie tkanek, 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 ustawy 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 Gabinetce Stomatologicznej NZOZ Międzyszkolny Zakład Rehabilitacji i Korekcji Wad Postawy Ośrodek Badawczy Jacek Stasiak.

- ❖ Powyższe zasady przeczytałem/łam i zrozumiałem/łam.
- ❖ Uzyskałem/łam wszelkie wyjaśnienia dotyczące znieczulenia w przypadku mojego dziecka/podopiecznego.
- ❖ Zostałem/łam poinformowany/a o alternatywnych możliwościach postępowania, z zaniechaniem leczenia włącznie.
- ❖ Zostałem/łam poinformowany/a 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 śródwładztowego.

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

*właściwe zaznaczyć