

Bezbolesny zabieg stomatologiczny jest możliwy dzięki nowoczesnym lekom zastosowanym podczas narkozy, w tym przypadku znieczulenia ogólnego dożylnego. Ten typ znieczulenia polega na podaniu leków działających nasennie, przeciwbólowo oraz relaksująco na mięśnie.

Znieczulenie wykonuje lekarz anestezyjolog, którego zadaniem jest zapewnienie Państwu największego bezpieczeństwa i komfortu podczas zabiegu - nadzoruje czynność organizmu (pracę serca, krążenie krwi, oddychanie). Anestezyjolog również nadzoruje opiekę i leczenie bólu w okresie po zabiegu.

Każdy z leków stosowanych w anestezyjologii działa na wiele narządów, dlatego konieczne jest poznanie wszystkich Państwa chorób, stosowanego leczenia, aby wybrać odpowiedni rodzaj znieczulenia do wykonywanego zabiegu oraz najkorzystniejsze środki anestetyczne w dawkach indywidualnie dobranych dla każdego pacjenta.

Pana(i) współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia. Dlatego też proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. Wszelkie pytania proszę kierować do lekarza anestezyjologa i na koniec po wyjaśnieniu wątpliwości podpisać zgodę na znieczulenie.

Proponowane znieczulenie:

miejscowe nasiękowe

sedacja

ogólne dotchawicze wziewne

ogólne dożylne krótkotrwałe

ogólne całkowicie dożylne

inne

Uwaga:

Wszystkie informacje uzyskane od Państwa są poufne, dotyczą dokumentacji lekarskiej i objęte są tajemnicą zawodową.

Warunki konieczne do spełnienia przez pacjenta:

1. Proszę bezwzględnie przestrzegać wskazań i zaleceń personelu medycznego tak przed jak i po zabiegu.
2. **6 godzin przed znieczuleniem nie wolno jeść i pić**, aby uniknąć zachłyśnięcia, czyli dostania się treści pokarmowej do dróg oddechowych.
3. Proszę poinformować o wszystkich lekach dotychczas zażywanych i samodzielnie nie brać żadnych lekarstw.
4. Nie wolno spożywać alkoholu 24 godziny przed znieczuleniem, wskazane jest również powstrzymanie się od palenia papierosów.
5. Nie wolno lakierować paznokci oraz nakładać intensywnego makijażu, pozostawić biżuterię (kolczyki, pierścionki, łańcuszki itp.).
6. Po podaniu leków przygotowujących do znieczulenia tzw. *premedykacji* proszę samodzielnie nie opuszczać swojego łóżka.
7. Bezpośrednio przed znieczuleniem należy usunąć ruchome protezy zębowe.
8. Po zabiegu stomatologicznym w znieczuleniu ogólnym pacjent udaje się do domu za zgodą lekarza anestezyjologa, po uzyskaniu całkowitej sprawności psychicznej i fizycznej - **koniecznie w towarzystwie dorosłej osoby**; proszę zapewnić sobie jej opiekę przez najbliższe 12 godzin.
9. W czasie 24 godzin po znieczuleniu nie wolno kierować pojazdami, obsługiwać urządzeń mechanicznych, spożywać alkoholu oraz unikać podejmowania ważnych decyzji.

Nazwisko

Imię

Wiek

Wzrost

Waga

Nr książki głównej

Sala nr

Proszę o udzielenie szczerych i dokładnych odpowiedzi na następujące pytania:

(proszę zaznaczyć **właściwą** odpowiedź i **podkreślić** Państwa chorobę)

Czy Pan(i) chorował(a) lub choruje na którąś z podanych niżej chorób ?

1	Choroby serca (np. przebyty zawał serca, choroba niedokrwienna, duszność wysiłkowa, częste bóle za mostkiem, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, wady serca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2	Choroby układu krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, niskie ciśnienie krwi, częste omdlenia, duszności)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
3	Choroby alergiczne (np. uczulenia na leki - antybiotyki, pokarmy, pyłki roślin, plaster, jodynę)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
4	Choroby płuc i dróg oddechowych (np. częste zapalenia płuc, gruźlica, rozedma, pylica, astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekły kaszel)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5	Choroby naczyń (np. żylaki, złe ukrwienie kończyn, zapalenia żył)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
6	Choroby mięśni (np. miastenia oraz czy takie schorzenia występują w rodzinie)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
7	Choroby układu nerwowego (np. padaczka, stwardnienie rozsiane, porażenia nerwów, drgawki, utraty przytomności, udar mózgu)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
8	Choroby żołądka (np. choroba wrzodowa, zapalenie błony śluzowej, zwężenie wpustu żołądka)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
9	Choroby wątroby (np. żółtaczką zakaźną, żółtaczką mechaniczną, marskość wątroby, zastój.)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
10	Choroby przemiany materii (np. cukrzyca, DNA)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
11	Choroby tarczycy (np. nadczynność, niedoczynność tarczycy)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
12	Choroby układu moczowego (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
13	Choroby układu kostnego (np. zeszywnienie kręgosłupa, dyskopatie, reumatyczne choroby stawów)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
14	Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi (np. hemofilia, częste krwawienia z nosa, siniaki po urazach)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
15	Choroby oczu (np. jaskra, wysoka krótkowzroczność >[-5 Dioptrii], nierówność źrenic, zaćma)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
16	Czy był(a) Pan(i) leczona z powodu depresji, nerwicy lub innych podobnych chorób ?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
17	Czy choruje Pan(i) na inną chorobę lub skarży się na dolegliwość, o którą nie pytaliśmy w ankiecie ? Jeżeli tak to na jaką ?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	

Komentarz zbierającego wywiad:

oraz

1	Czy ma Pan(i) ruchome protezy zębowe lub szkła kontaktowe ?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2	Przewlekłe nałogi (np. palenie tytoniu, alkohol) Jak długo ?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Proszę również o szczere i dokładne odpowiedzi na poniższe pytania z ew. komentarzem.

1	Czy w ostatnim czasie korzystał Pan(i) z porady lub opieki lekarskiej ?	<input type="checkbox"/> Tak - Z jakiego powodu ?	<input type="checkbox"/> Nie
2	Czy zażywa Pan(i) na stałe jakieś leki ? (też leki antykoncepcyjne)	<input type="checkbox"/> Tak - Jakie leki ?	<input type="checkbox"/> Nie

		
3	Czy brał Pan(i) jakieś leki w ciągu ostatnich 30 dni np. na przeziębienie?	<input type="checkbox"/> Tak - Jakie leki ?	<input type="checkbox"/> Nie
4	Czy przeżył Pan(i) dotychczas jakieś operacje ?	<input type="checkbox"/> Tak - Jakie operacje ?	<input type="checkbox"/> Nie
5	Czy w związku z zabiegiem lub znieczuleniem wydarzyło się coś szczególnie ?	<input type="checkbox"/> Tak - Co się wydarzyło ?	<input type="checkbox"/> Nie
6	Czy w Pana(i) genetycznie najbliższej rodzinie [rodzice, rodzeństwo, dzieci] były problemy związane ze znieczuleniem ?!	<input type="checkbox"/> Tak - Jakie problemy ?	<input type="checkbox"/> Nie
7	Czy miał(a) Pan(i) kiedyś przetaczaną krew ?	<input type="checkbox"/> Tak - Z jakiego powodu ?	<input type="checkbox"/> Nie
8	Czy jest PANI w ciąży ?	<input type="checkbox"/> Tak - W którym miesiącu ?	<input type="checkbox"/> Nie
9	Czy obecnie karmi PANI dziecko piersią ?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

**Po uważnym przeczytaniu i wypełnieniu ankiety
oraz możliwości uzyskania odpowiedzi na zadawane pytania
wyrażam zgodę na proponowany typ znieczulenia
z możliwością jego zmiany w czasie zabiegu, gdy zajdzie taka konieczność
i oświadczam,
że w dniu zabiegu nie piłem(am) i nie jadłem(am)
6 godzin przed znieczuleniem.**

*Oświadczam również, że wszelkie podane informacje są zgodne z prawdą
i nie zataiłem(łam) żadnych danych dotyczących stanu mojego zdrowia.*

data:

podpis Pacjenta (czytelny)

.....

podpis Anestezjologa

.....

Dziękujemy - personel medyczny NZOZ

Uni-Med 