

ZGODA NA ZNIECZULENIE MIEJSCOWE

Imię i nazwisko opiekuna prawnego pacjenta*	
Imię i nazwisko pacjenta	
Nr PESEL pacjenta	

Podczas leczenia zębów w gabinecie stomatologicznym stosuje się środki znieczulenia miejscowego w celu uniknięcia bólu. Znieczulenie miejscowe polega na zniesieniu przewodnictwa w zakresie odczuwania bólu, przy zachowaniu czucia, świadomości i odruchów fizjologicznych pacjenta. Czas utrzymywania się znieczulenia trwa przeciętnie 2-4 godziny od momentu podania środka, potem stopniowo słabnie.

Powikłania, które mogą wystąpić po podaniu znieczulenia miejscowego:

- a. miejscowe
 - anemizacja skóry twarzy czyli zblednięcie tkanek (np. skóry policzka)
 - krwiak, miejscowa bolesć, obrzęk
 - zaburzenia czucia na obszarze zaopatrywanym przez nerw (może utrzymywać się 6-12 miesięcy)
- b. ogólne
 - omdlenie, reakcja alergiczna lub toksyczna (w skrajnych przypadkach może wystąpić niewydolność krążeniowo-oddechowa, która może prowadzić do śmierci)
 - zranienie mięśnia, nerwu, naczyń krwionośnych tkanek okolicznych
 - złamanie igły (przy gwałtownym ruchu pacjenta)
 - powstanie ropnia w miejscu wkłucia

Przy znieczuleniu zębów u dzieci trzeba kontrolować ich zachowanie po wyjściu z gabinetu ponieważ:

- reakcje alergiczne mogą ujawnić się do 24 godzin od podania leku
- przy znieczulaniu dolnych zębów dzieci nie czując tego gryzą wargę dolną co powoduje silny ból po zejściu znieczulenia; ze względu na bogatą florę bakteryjną jamy ustnej rany te łatwo nadkażają się co prowadzi do ich utrudnionego gojenia się.

Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego u mnie/ u mojego podopiecznego*

..... w gabinecie stomatologicznym
„Kids Dental”, ul. Księcia Janusza 42, Warszawa.

Oświadczam, iż przeczytałam/em i zrozumiałam/em powyższe informacje oraz uzyskałam/em wszelkie wyjaśnienia dotyczące znieczulenia. Zostałam/em poinformowana/ny o możliwości leczenia bez znieczulenia i możliwych tego konsekwencjach oraz możliwości przeprowadzenia sedacji podtlenkiem azotu jak również leczenia w sedacji doustnej lub w znieczuleniu ogólnym w ośrodkach do tego przystosowanych. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.

Oświadczam, że udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji co stanu zdrowia dziecka co pozwala lekarzowi na dobranie odpowiedniego środka znieczulającego.

.....
Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego pacjenta

*dotyczy wizyt osób niepełnoletnich