

KARTA INFORMACYJNA

dla pacjentów przed ZNIECZULENIEM DZIECKA

Data

Szanowny(a) Panie, Pani

Otrzymał Pan(i) skierowanie do leczenia w gabinecie stomatologicznym.

Lekarz Anestezjolog uprzejmie prosi o przyniesienie następujących dokumentów do wglądu:

- dokument z grupą krwi, karty wypisowe z pobytów w szpitalu, informacja o szczepieniach, uczuleniach.
- badania laboratoryjne nie starsze niż 6 miesięcy. EKG nie starsze niż 6 miesięcy - tylko u pacjentów z wywiadem chorobowym.
- lista zażywanych leków.
- wypełniona ankieta chorobowa, z tyłu karty informacyjnej.

Bardzo ważne!!!



W dniu znieczulenia proszę:

- **przyjść na czczo, przed znieczuleniem 4 godziny nic nie jeść, 2 h nie pić (u dzieci poniżej 3 r.ż. 2h i 1 h)**

Przed znieczuleniem zostanie założony dostęp dożylny- wenflon i przez niego podawane będą leki.

Lekarz anestezjolog będzie stale obecny podczas zabiegu i będzie nadzorował przebieg znieczulenia, dbając o bezpieczeństwo pacjenta. Po znieczuleniu w ciągu 12 godzin pacjent musi mieć zapewnioną opiekę innej bliskiej osoby.

UMOWA:

Pomiędzy: BDENTAL Baron Spółka Jawna, adres j/w

a

Dane pacjenta / rodzica / opiekuna prawnego:

1. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mojego dziecka
znieczulenia przewodowego ☐ ogólnego dożylnego ☐ i na wszelkie czynności anestezjologiczne konieczne w okresie przed i po znieczuleniu, jak również na zabiegi towarzyszące znieczuleniu.

Po znieczuleniu dziecko ma zapewnioną opiekę osoby pełnoletniej.

2. Oświadczam, że:

- zrozumiałem istotę powyższego znieczulenia,
- zostałem poinformowany/a o jego wadach, zaletach oraz o możliwych, dających się przewidzieć powikłaniach i następstwach z nim związanych.
- ostatni posiłek dziecko spożyło o godzinie, dziecko piło o

3. Wszelkie wątpliwości zostały mi wyjaśnione. Miałem(am) także możliwość zadania w czasie rozmowy z lekarzem anestezjologiem pytań na temat planowanego znieczulenia u mojego dziecka.

4. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na to, że jeżeli w czasie zabiegu zaistnieją niespodziewane okoliczności, rodzaj i sposób znieczulenia może być zmieniony na inny ze względu na dobro mojego dziecka.

5. Tekst powyższy przeczytałem(am) (został mi przeczytany) i zrozumiałem. Pytań ani wątpliwości nie mam.

Data:

Podpis pacjenta/rodzica

/ opiekuna prawnego:

Podpis lekarza