



ANKIETA STOMATOLOGICZNA DZIECKA - SEDACJA WZIEWNA PODTLENKIEM AZOTU

Lublin, data.....

Nazwisko i imię dziecka:

PESEL.....

Imię i nazwisko opiekuna:.....

1. Czy występują trudności w oddychaniu, kiedy dziecko się położy? Tak/Nie
 2. Czy długo utrzymuje się krwawienie po skaleczeniu? Tak/Nie
 3. Czy dziecko chorowało na żółtaczkę? Tak/Nie
 4. Czy dziecko zażywa leki? (np. aspiryna, polopiryna, polocard, leki przeciwkrzepliwe, leki nasenne, uspokajające, antydepresyjne) Jakże?.....
 5. Czy dziecko przebywało w szpitalu na leczeniu? Tak/Nie
 6. Czy dziecko jest na coś uczulone? Tak/Nie
 7. Czy dziecko jest poddawane chemioterapii? (Metotreksat, Bleomycyna) Tak/Nie
 8. Czy dziecko leczy się na reumatoidalne zapalenie stawów lekiem Metotreksat? Tak/Nie
- Czy występują u dziecka:

Przeciwwskazania		Nie ma przeciwwskazań	
rozedma płuc	TAK/NIE	astma	TAK/NIE
rozstrzenie oskrzeli	TAK/NIE	padaczka	TAK/NIE
POCHP	TAK/NIE	gruźlica	TAK/NIE
mukowiscydoza	TAK/NIE	katar sienny	TAK/NIE
stwardnienie rozsiane	TAK/NIE	nadciśnienie	TAK/NIE
hipertermia złośliwa	TAK/NIE	nadczynność tarczycy	TAK/NIE
myastenia gravis	TAK/NIE	cukrzyca	TAK/NIE
porfiria	TAK/NIE	choroby nerek	TAK/NIE
anemia złośliwa Addisona-Biermera	TAK/NIE	hemofilia	TAK/NIE
RZS (leczony metotreksatem)	TAK/NIE		
implant ślimakowy	TAK/NIE		

Jestem powiadomiony/(a) o możliwości wystąpienia przejściowych powikłań związanych z wykonywaniem zabiegów stomatologicznych w czasie sedacji wziewnej, takich jak: wymioty (w przypadku podania nieprawdziwej informacji o spożywaniu posiłków), niepokój, złe samopoczucie, silny płacz po ustaniu sedacji.

Stwierdzam, że odpowiedzi podane przeze mnie są zgodne z prawdą.

.....
data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....
podpis lekarza



ZGODA NA SEDACJĘ WZIEWNĄ PODTLENKIEM AZOTU

Sedacja wziewna podtlenkiem azotu polega na podaniu przez maseczkę umieszczoną na nosie mieszanki gazów: tlenu i podtlenku azotu. Podczas sedacji maksymalne stężenie podtlenku azotu może wynosić 70%. Najczęściej używa się stężenia 45%. Użycie podtlenku azotu w tej mieszance ma na celu zmniejszenie lęku przed zabiegiem. Aby sedacja się powiodła pacjent przez cały czas trwania zabiegu powinien oddychać mieszanką gazu. Specyfika leczenia stomatologicznego w sedacji podtlenkiem azotu polega na oddychaniu nosem przy jednocześnie otwartych ustach. Sedacja wykazuje działanie głównie przeciwlękowe i w niewielkim stopniu znieczulające.

Zalecenia przed sedacją wziewną:

➔ Nie wolno spożywać pokarmów stałych (oraz mleka) przez 3 godz. przed sedacją oraz spożywać płynów przez 2 godziny przed sedacją

Przeciwwskazania stosowania sedacji N₂O/O₂:

- ➔ przeziębienie, przerost migdałków gardłowych - niedrożności górnych dróg oddechowych ➔ I trymestr ciąży
- ➔ choroby psychiczne
- ➔ stwardnienie rozsiane, porfiria, miastenia gravis
- ➔ rozstrzenie oskrzelowe, rozedma płuc, mukowiscydoza
- ➔ alkoholizm, narkomania, psychozy
- ➔ brak współpracy pacjenta przy oddychaniu przez maseczkę

Możliwe efekty niepożądane:

- ➔ zawroty głowy (na początku sedacji), wymioty (szczególnie przy nie zastosowaniu się do zaleceń przed sedacją)
- ➔ ból głowy po zakończeniu sedacji (można podawać leki p/bólowe)
- ➔ brak sedacji
- ➔ niepamięć wsteczna/urojenie przeżyć, które nie miały miejsca
- ➔ silny płacz po ustąpieniu sedacji (należy dziecko mocno przytulić, jak najszybciej opuścić gabinet i pozwolić się pacjentowi wypłakać)

Koszt sedacji w gabinecie wynosi 200 zł/ 30 min.

Maska wielorazowa - koszt 50 zł.

W przypadku braku współpracy pacjenta koszt uruchomienia sedacji wynosi 200 zł.

.....
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

.....
(data zabiegu)

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia pacjenta)

Zgodnie z art. 32 - 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. 16 -18 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 przeprowadzenie sedacji wziewnej podtlenkiem azotu u mojego podopiecznego w gabinecie Ciocia Dentystka, Jutrzenki 10/34A w Lublinie. Zapoznałam/em się z powyższą informacją o sedacji. Oświadczam, że podopieczny jest przygotowany do sedacji oraz nie występują wymienione przeciwwskazania ogólne. Zostałam/em poinformowany, że leczenie może odbyć się bez sedacji w przypadku odpowiedniej współpracy pacjenta oraz o możliwości leczenia w znieczuleniu ogólnym w ośrodkach do tego przygotowanych.

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)