

## ZGODA NA ZNIECZULENIE MIEJSCOWE WEWNĄTRZUSTNE DZIECKA

Imię i Nazwisko opiekuna:
Imię i Nazwisko dziecka:
PESEL dziecka:

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

Pry 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.

Powyższe informacje przeczytałem/am i zrozumiałem/am, uzyskałem/am wszelkie wyjaśnienia dotyczące znieczulenia u mojego dziecka. Zostałem/am poinformowany/na o alternatywnych możliwościach postępowania z zaniechaniem leczenia włącznie oraz o ryzyku wynikającym z zastosowania znieczulenia i jego konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. 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.

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (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 wykonanie znieczulenia miejscowego wewnątrzustnego w gabinecie stomatologicznym „Zębowa Wróżka” Stomatologia Przyjazna Dzieciom.

.....  
Data, podpis opiekuna