

## Znieczulenie ogólne, narkoza w stomatologii.

### Informacja dla pacjenta, rodziców dziecka przed zabiegiem stomatologicznym w znieczuleniu ogólnym.

Znieczulenie ogólne, czyli narkoza polega na wprowadzeniu pacjenta w stan podobny do głębokiego snu. Pacjent podczas zabiegu traci świadomość i nie czuje bólu, co oszczędza mu stresu, jest ukojeniem dla jego psychiki oraz ułatwia pracę lekarzowi. Leki wprowadzające pacjenta w narkozę podawane są dożylnie przez lekarza anestezjologa. Głębokość i długość narkozy zależy od rodzaju przeprowadzanego zabiegu.

Lekarz decydując czy dana osoba może mieć podaną narkozę musi przeprowadzić z nią wywiad na temat stylu życia, chorób czy dolegliwości. W sporadycznych przypadkach zleca wykonanie dodatkowych badań specjalistycznych. Pacjent powinien szczerze poinformować lekarza o wszystkich przebytych i aktualnych chorobach oraz o tym czy/i jakie leki spożywa. W przypadku kobiet ciężarnych również należy powiadomić anestezjologa o ciąży. Istnieje kilka chorób, które wykluczają możliwość zastosowania u pacjenta znieczulenia ogólnego. Zaliczamy do nich choroby serca i układu krążenia, choroby nerek, choroby układu oddechowego a także cukrzycę. Po zakwalifikowaniu do narkozy pacjent musi podpisać odpowiedni dokument prawny, który jest dowodem na to, iż wyraża zgodę na podanie znieczulenia ogólnego.

W dniu, w którym ma się odbyć zabieg pod narkozą należy zastosować się do pewnych zaleceń. Kategorycznie zakazane jest palenie papierosów. Dopuszczalne jest picie tylko napoi niegazowanych i herbaty. Na kilka godzin (5-6) przed wykonaniem zabiegu nie wolno nic jeść ani pić. Zalegający w żołądku pokarm lub płyn mogłyby przedostać się w czasie narkozy do płuc pacjenta, co grozi niebezpieczeństwem dla jego zdrowia lub nawet życia. Warto również nie stosować makijażu, zdjąć biżuterię i wszelkie inne ozdoby oraz założyć wygodne nieuciskające ubranie. Zapewni to komfort podczas przeprowadzanego pod narkozą zabiegu. Przygotowując pacjenta do zabiegu często podaje mu się odpowiednie leki działające przeciwbólowo oraz zwiotczające mięśnie. Dodatkowo, od czasu do czasu, aplikuje się również leki znoszące stres związany z operacją. Pacjent, podczas zabiegu, jest w stanie oddychać samodzielnie.

Z dzieckiem, które jest w stanie zrozumieć, należy porozmawiać i przygotować je psychicznie do zabiegu. Nie należy go oszukiwać, ale przekazać niezbędne informacje w sposób, który nie zwiększy jego niepokoju. Najlepiej tłumaczyć co się będzie z nim działo i odpowiadając na jego pytania. Jeżeli dziecko miało wcześniej nieprzyjemne i budzące lęk doświadczenia związane z leczeniem stomatologicznym, należy mu wytłumaczyć, że tym razem najpierw zaśnie, a gdy się obudzi zęby będą już wyleczone.

W Gabinetce Stomatologicznej Duo-Med dziecko w pierwszym okresie przebywa razem z rodzicami, aż do wkłucia się do żyły i podania leków usypiających, rodzice mogą przebywać wraz z dzieckiem, żeby zmniejszyć jego niepokój. Po zaśnięciu dziecka rodzice wracają do poczekalni.

Po wybudzeniu z narkozy pacjent przez pewien czas może czuć się nieco niekomfortowo. Możliwe jest wystąpienie takich objawów jak swędzenie w okolicach nosa i oczu czy nadmierne pobudzenie. W sporadycznych przypadkach pacjenci mają mdłości lub odczuwają zawroty głowy. Objawy te nie są groźne dla zdrowia i z biegiem czasu ustępują. Anestezjolog nie podejmie decyzji o opuszczeniu przez pacjenta lecznicy dopóki nie będzie w stu procentach pewien, że jego bezpieczeństwu nic nie zagraża. Pacjent musi być w pełni przytomny i zdolny do wykonywania prostych poleceń.

**Podpis pacjenta (rodzica, prawnego opiekuna)**

Wrocław, dnia .....



ul. Inowrocławska 21a  
53-653 Wrocław, Polska  
tel. +48 71 355 00 71  
tel. +48 504 005 883

[www.duomed.pl](http://www.duomed.pl)  
[duomed@duomed.pl](mailto:duomed@duomed.pl)

SCIENCE  KNOWLEDGE  
DENTAL QUALITY

**Wniosek pacjenta  
(rodziców, prawnych opiekunów)  
o przeprowadzenie zabiegu w znieczuleniu ogólnym**

**Do**  
Duo-Med Stomatologia  
ul. Inowrocławska 21a  
53-653 Wrocław

**Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek:** *(dane powinny być zgodne z danymi, które posiada podmiot leczniczy – jeżeli nastąpiła zmiana adresu lub innych danych należy to udokumentować osobiście lub pocztą)*

Imię i nazwisko:

Adres:

Nr PESEL:

Dowód osobisty:

Nr telefonu:

**Dane osoby wnioskującej:** *(wypełnić, jeżeli inne, niż pacjenta)*

Imię i nazwisko:

Adres:

Nr PESEL:

Nr telefonu:

Proszę o przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym.

Wyrażam zgodę na wykonanie wszystkich wskazanych przedzabiegowych badań specjalistycznych.

Oświadczam, że zastosuję się do wszystkich zaleceń lekarzy: stomatologa i anestezjologa, dotyczących postępowania przed- i pozabiegowego.

**podpis Pacjenta (rodzica, prawnego opiekuna)**

Wrocław, dnia .....



ul. Inowrocławska 21a  
53-653 Wrocław, Polska  
tel. +48 71 355 00 71  
tel. +48 504 005 883

[www.duomed.pl](http://www.duomed.pl)  
[duomed@duomed.pl](mailto:duomed@duomed.pl)

  
SCIENCE KNOWLEDGE  
DENTAL QUALITY

## Przedoperacyjny wywiad anestezyjologiczny

Imię i nazwisko:

Wiek

Waga

Wzrost

Data zabiegu

*Zadaniem anestezyjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu dla pacjenta podczas zabiegów operacyjnych. Anestezyjolog troszczy się o zniesienie bólu, a także nadzoruje czynności organizmu podczas operacji i natychmiast leczy występujące powikłania. Starannie odpowiadając na pytanie możecie Państwo uczynić wiele dla własnego bezpieczeństwa.*

Właściwa odpowiedź proszę zaznaczyć kółkiem.

Czy leczył(a) się Pan(i) kiedykolwiek w szpitalu	Tak	Nie	Nie wiem
Czy przyjmuję Pan(i) jakiegokolwiek leki	Tak	Nie	Nie wiem
Czy może Pan(i) leżeć przez 30 min spokojnie na plecach, bez kaszlu	Tak	Nie	Nie wiem
Czy dobrze Pan(i) słyszy	Tak	Nie	Nie wiem
Czy brak Pan(i) powietrza po wejściu na pierwsze piętro	Tak	Nie	Nie wiem
Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające	Tak	Nie	Nie wiem
Czy miewa Pan(i) obrzęki nóg lub kostek	Tak	Nie	Nie wiem
Czy miewa Pan(i) bóle w klatce piersiowej	Tak	Nie	Nie wiem
Czy miewa Pan(i) kołatanie serca	Tak	Nie	Nie wiem
Czy przebył(a) Pan(i) zawał serca	Tak	Nie	Nie wiem
Czy budzi się Pan(i) w nocy z uczuciem duszności	Tak	Nie	Nie wiem
Czy choruje Pan(i) na nadciśnienie	Tak	Nie	Nie wiem
Czy przebył(a) Pan(i) wylew lub udar	Tak	Nie	Nie wiem
Czy przebył(a) Pan(i) płonicę, błonicę lub chorobę reumatyczną	Tak	Nie	Nie wiem
Czy choruje Pan(i) na płuca lub oskrzela	Tak	Nie	Nie wiem
Czy choruje Pan(i) na cukrzyce	Tak	Nie	Nie wiem
Czy choruje Pan(i) lub chorował(a) na jakąś chorobę neurologiczną	Tak	Nie	Nie wiem
Czy kiedykolwiek przebył(a) Pan(i) żółtaczkę	Tak	Nie	Nie wiem
Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na wątrobę/nerki	Tak	Nie	Nie wiem
Czy dokucza Panu(i) zgaga lub cofanie się treści pokarmowych do ust	Tak	Nie	Nie wiem
Czy po drobnych skaleczeniach lub niewielkich zabiegach (np. usunięcie zęba) występuje u Pana(i) nadmierne krwawienie	Tak	Nie	Nie wiem
Czy cierpi Pan(i) na alergię jakiegokolwiek rodzaju	Tak	Nie	Nie wiem
Czy pali Pan(i) tytoń	Tak	Nie	Nie wiem
Czy pije Pan(i) alkohol	Tak	Nie	Nie wiem
Czy jest Pani w ciąży	Tak	Nie	Nie wiem

**Podpis pacjenta (rodzica, prawnego opiekuna)**

Wrocław, dnia .....



ul. Inowrocławska 21a  
53-653 Wrocław, Polska  
tel. +48 71 355 00 71  
tel. +48 504 005 883

www.duomed.pl  
duomed@duomed.pl

SCIENCE  KNOWLEDGE  
DENTAL QUALITY

## Dodatkowe informacje dla Pacjenta zakwalifikowanego do zabiegu operacyjnego

Proszę pamiętać o :

- Wizycie u lekarza pediatry przed zabiegiem
- **NIE WOLNO JEŚĆ ANI PIĆ NA 6 GODZIN PRZED OPERACJĄ**
- Nie należy nakładać na twarz makijażu. Biżuterię proszę zostawić w domu
- W przypadku przyjmowania stałych (swoich) leków, lekarz anestezjolog może zalecić indywidualny sposób ich przyjmowania; jeśli tego nie zrobi, należy zażyć swoje leki o stałych porach
- Proszę przynieść ze sobą swoje leki i ewentualne zlecone przez lekarzy badanie przedoperacyjne
- Po operacji proszę wykupić w aptece przepisane przez lekarza leki
- Po zabiegu ma Pan(i) wypoczywać
- Proszę zapewnić sobie towarzystwo dorosłej osoby, która odbierze Pana/ Panią po zabiegu i będzie sprawowała opiekę przez najbliższe 24h po operacji
- W przypadku, kiedy nie może Pan(i) przyjechać na umówiony termin proszę niezwłocznie poinformować gabinet, najpóźniej na 48h przed zabiegiem, tel: 71 355-00-71

Po zabiegu i znieczuleniu przez pewien czas ocena sytuacji i reakcje mogą być słabsze niż zazwyczaj, choć nie ma się takiego wrażenia. Nadzwyczaj ważne jest, by przed upływem 24h od zabiegu:

- Nie pić alkoholu
- Nie brać leków nasennych
- Nie prowadzić pojazdów mechanicznych
- Nie podejmować ważnych decyzji i nie podpisywać żadnych dokumentów prawnych

Dane do przelewu :

Duo-Med sp z o.o.

ul. Inowrocławska 21a, 53-653 Wrocław

Numer konta: 68 1050 1504 1000 0090 3264 8355

Potwierdzenie proszę wysłać na adres mailowy: **duomed@duomed.pl 1200 zł płatne 14 dni przed wyznaczonym terminem wizyty**. Brak spowoduje anulowanie wizyty. Na 2 dni przed prosimy o potwierdzenie chęci podjęcia leczenia. Brak kontaktu lub brak odpowiedzi na kontakt ze strony gabinetu spowoduje anulowanie wizyty bez przeniesienia opłaty rezerwacyjnej na kolejny termin.



ul. Inowrocławska 21a  
53-653 Wrocław, Polska  
tel. +48 71 355 00 71  
tel. +48 504 005 883

www.duomed.pl  
duomed@duomed.pl

  
SCIENCE KNOWLEDGE  
DENTAL QUALITY

**Oświadczenie rodziców, prawnych opiekunów  
Zgoda na wykonanie zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym**

Imię i nazwisko (*dziecka*) :

Adres:

Nr PESEL:

Dane rodzica, opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko:

Adres:

Nr PESEL:

Nr telefonu:

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z informacją przed zabiegiem w znieczuleniu ogólnym, zrozumiałe/zrozumiałam jej treść i będę przestrzegać zawartych w niej zaleceń.

Na dodatkowe pytanie uzyskałem/uzyskałam całkowite i w pełni zrozumiałe odpowiedzi.

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym u naszego dziecka w warunkach ambulatoryjnych.

Wyrażam zgodę na zaproponowane przez lekarza prowadzącego leczenie mojego dziecka.

Oświadczam, że dziecko nie jadło i nie piło od godziny .....

Podpis rodzica, prawnego opiekuna

Wrocław, dnia .....



ul. Inowrocławska 21a  
53-653 Wrocław, Polska  
tel. +48 71 355 00 71  
tel. +48 504 005 883

[www.duomed.pl](http://www.duomed.pl)  
[duomed@duomed.pl](mailto:duomed@duomed.pl)

SCIENCE  KNOWLEDGE  
DENTAL QUALITY