

ANKIETA STOMATOLOGICZNA DZIECKA

Nazwisko i imię dziecka :

PESEL :

Data urodzenia :

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy i adres e-mail:.....

1.Czy dziecko boi się leczenia stomatologicznego ? Proszę określić w skali 1-10

2.Czy obecnie odczuwa ból i dyskomfort? Tak/Nie

3.Czy dziecko przechodziło poważne choroby? Tak(jakie?) /Nie

4.Czy dziecko było hospitalizowane? Tak/Nie

5.Czy dziecko kiedykolwiek było znieczulane ogólnie/miejscowo? Tak/Nie.....

6.Czy dziecko miało poważne urazy? Tak (jakie?)/Nie

7.Czy dziecko objęte jest stałą lekarską opieką specjalistyczną z powodu choroby przewlekłej (np.alergologicznej, kardiologicznej, endokrynologicznej, cukrzyca, padaczka itp.)?

Tak (jakiej/ z jakiego powodu?)/ Nie

8.Czy dziecko przyjmuje leki na stałe? Tak (jakie?)/ Nie

9.Czy dziecko jest uczulone na jakiegokolwiek leki? Tak (jakie?)/ Nie

10.Czy dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień? Tak/Nie.....

11.Czy dziecko było szczepione przeciwko WZW typu B? Tak/Nie.....

12.Czy u dziecka występuje przedłużone krwawienie po skaleczeniach/zabiegach u dentysty?
Tak/Nie.....

13.Czy u dziecka występuje skłonność do powstawania siniaków po urazach? Tak/Nie.....

14.Czy dziecko było wcześniej objęte leczeniem stomatologicznym? Tak/Nie.....

15.Czy dziecko ma wcześniejsze, przykre doświadczenia związane z wizytą u stomatologa?
Tak/Nie.....

16.Czy dziecko jest objęte leczeniem ortodontycznym? Tak/Nie

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

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem opiekunem faktycznym/przedstawicielem ustawowym małoletniego

.....

(imię, nazwisko oraz numer PESEL małoletniego)

.....

data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....

numer PESEL opiekuna faktycznego / przedstawiciela ustawowego

ZGODA NA BADANIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA

Oświadczenie Rodziców

Nazwisko i imię dziecka :

PESEL :

Ja niżej podpisana(-ny) wyrażam zgodę na badanie stomatologiczne u mojego dziecka.

Ja niżej podpisana(-ny) wyrażam zgodę na zabiegi profilaktyczne u mojego dziecka - mechaniczne oczyszczenie zębów oraz zastosowaniu preparatów remineralizujących na bazie fluoru lub hydroksyapatytu wapnia wzmacniających szkliwo i zapobiegających rozwojowi próchnicy.

Oświadczam, że nie będę wnosił(-ła) roszczeń dotyczących leczenia w przypadku braku podpisu drugiego z rodziców (opiekuna prawnego).

.....

data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

ANKIETA STOMATOLOGICZNA DZIECKA - SEDACJA WZIEWNA PODTLENKIEM AZOTU

Nazwisko i imię dziecka :

PESEL :

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. Jakie inne?.....
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:
<input type="checkbox"/> rozedma płuc	<input type="checkbox"/> padaczka
<input type="checkbox"/> rozstrzenie oskrzelowe	<input type="checkbox"/> astma
<input type="checkbox"/> POChP	<input type="checkbox"/> gruźlica płuc
<input type="checkbox"/> mukowiscydoza	<input type="checkbox"/> katar sienny
<input type="checkbox"/> stwardnienie rozsiane	<input type="checkbox"/> nadciśnienie
<input type="checkbox"/> złośliwa hipertermia	<input type="checkbox"/> nadczynność tarczycy
<input type="checkbox"/> myasthenia gravis	<input type="checkbox"/> cukrzyca
<input type="checkbox"/> porfiria	<input type="checkbox"/> hemofilia
<input type="checkbox"/> anemia złośliwa Addisona-Biermera	<input type="checkbox"/> choroba nerek
<input type="checkbox"/> reumatoidalne zap. stawów (Metotreksat)	
<input type="checkbox"/> implant ślimakowy	

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

.....

podpis lekarza

.....

data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

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 mieszaniną gazów. 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:

- Ostatni posiłek 2-3 godziny przed sedacją

Przeciwwskazania stosowania sedacji N₂O/O₂:

- przeziębienie, przerost migdałków gardłowych - niedrożności górnych dróg oddechowych
- choroby psychiczne
- stwardnienie rozsiane, porfiria, miastenia gravis
- rozstrzenie oskrzelowe, rozedma płuc, mukowiscydoza
- 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
- brak sedacji
- niepamięć wsteczna / urojenie przeżyć, które nie miały miejsca

Koszt sedacji w gabinecie wynosi 230 zł / 30 min .

W przypadku braku współpracy pacjenta koszt uruchomienia sedacji wynosi 80 zł

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 mnie / u mojego podopiecznego w gabinecie Hi5 Dental ul. Komandosów 18, 30-334 Kraków.

Zapoznałam/em się z powyższą informacją o sedacji. Oświadczam, że ja/podopieczny* jestem/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.

.....
(podpis pacjenta pełnoletniego lub rodzica / opiekuna prawnego)