***Zgoda pacjenta na wykonanie znieczulenia miejscowego***

Imię, nazwisko: …………………………………………………………………………….……………………………………………………………… PESEL: ................................................................................................................................................................

Oświadczam, że zostałam(em) wyczerpująco i jasno poinformowana(y) o następujących zasadach wykonania znieczulenia miejscowego do leczenia stomatologicznego:

1. **Celu i metodach wykonania zabiegu**
2. **Alternatywnych metodach leczenia**
3. Następstwach odstąpienia od wykonania zabiegu
4. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu
5. Czasie trwania zabiegu i minimalnej ilości wizyt w celu osiągnięcia oczekiwanego efektu
6. **Negatywnych następstwach i możliwych powikłaniach po wykonaniu zabiegu**
7. Przewidywanych efektów zabiegu
8. **Sposobach postępowania po wykonaniu zabiegu**

# Rozumiem i akceptuję, że zakres pracy może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie wykonywania leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności medyczne (np. konieczność zmiany wybranego typu znieczulenia miejscowego z nasiękowego na przewodowe, etc.). Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu zgodnie z cennikiem obowiązującym w podmiocie leczniczym:

**SUN CLINIC IZABELA GRABOWSKA-FIGHIERA EWA WNUK LEKARZE STOMATOLODZY sp.p. w Płocku,**

**ul. Słoneczna 3, 09-402 Płock**

* 1. **Cel i metody**

Znieczulenie miejscowe stosowane do zabiegów stomatologicznych ma na celu wykonanie właściwej procedury leczniczej lub diagnostycznej bez dolegliwości bólowych spowodowanych uszkadzaniem/drażnieniem tkanek pacjenta w jamie ustnej i okolicach. Dodatkowo znieczulenie miejscowe może być stosowane w celu zmniejszenia krwawienia w polu zabiegowym (polepszenie widoczności oraz zabezpieczenie przed zawilgoceniem leczonych tkanek) dzięki zawartości środków obkurczających naczynia krwionośne (adrenalina). Polega ono na podaniu w pierwszej kolejności **Leku Znieczulającego Miejscowo (LZM)** w formie płynu lub żelu na powierzchnię błony śluzowej lub skóry w okolicy planowanego wkłucia za pomocą wacika, a następnie na wykonaniu zastrzyku LZM w okolicę nerwu przewodzącego czucie bólu z leczonego obszaru za pomocą specjalnej igły i strzykawki lub automatycznego systemu komputerowego. Znieczulenie miejscowe można także wykonać BEZ wkłucia igły za pomocą systemu komputerowego, który wprowadza LZM do przestrzeni pomiędzy dziąsłem a zębem (kieszonka dziąsłowa). Rodzaj znieczulenia miejscowego i sposób jego wykonania będzie wybrany przez lekarza wykonującego zabieg i dostosowany do wskazań medycznych oraz w miarę technicznych możliwości do oczekiwań pacjenta (np. znieczulenie komputerowe wykonywane do kieszonki dziąsłowej bez wkłucia igły nie zawsze może być wykonane u każdego pacjenta i nie jest skuteczne przy wszystkich rodzajach zabiegów). LZM podany w okolicy nerwu przewodzącego czucie bólu z leczonej okolicy powoduje **odwracalne** i **czasowe** zahamowanie przekazywania impulsów bólowych do mózgu. Czas trwania znieczulenia miejscowego jest uzależniony od wielu czynników:

* Rodzaju zastosowanego LZM
* Dawki LZM
* Stężenia substancji obkurczającej naczynia krwionośne (adrenalina) dodawanej do niektórych LZM
* Techniki podania LZM
* Miejsca podania LZM
* Stanu tkanek do których podaje się LZM (np. stan zapalny, zwłaszcza ropny skraca i osłabia działanie LZM)
* Stanu zdrowia pacjenta (np. przewlekłe choroby uszkadzające wątrobę powodują wydłużenie czasu działania LZM)
* Wieku pacjenta (np. osoby po 65r.ż. ze względu na spowolniony metabolizm narażone są na dłuższe działanie LZM)
* Przyjmowanych leków przez pacjenta (np. leki przeciw nadciśnieniowe z grupy nieselektywnych beta-blokerów, leki psychiatryczne z grupy inhibitorów monoaminooksydazy MAO oraz trójcykliczne leki przeciwdepresyjne dają reakcje uboczne po połączeniu z LZM!!! Dlatego ZAWSZE proszę pamiętać o podaniu **PEŁNEJ** i **AKTUALNEJ** listy przyjmowanych leków!!!)

# Alternatywne metody leczenia

* Wykonanie zabiegu diagnostycznego lub leczniczego **BEZ znieczulenia**
* **Głęboka sedoanalgezja** dożylna wykonywana przez lekarza specjalistę anestezjologii w warunkach odpowiednio wyposażonego gabinetu stomatologicznego – polega na wprowadzeniu w odpowiednich dawkach i kolejności wielu silnie działających leków bezpośrednio do naczynia żylnego pacjenta (m.in. leki uspokajające, nasenne, zwiotczające, przeciw bólowe etc.) czego efektem jest częściowe zniesienie świadomości pacjenta (pacjent oddycha samodzielnie)
* **Znieczulenie ogólne** wykonywane przez lekarza specjalistę anestezjologii w warunkach szpitalnych (NIE w gabinecie stomatologicznym!) – polega na zastosowaniu silnie działających leków w formie dożylnej oraz wziewnej (gazy anestezjologiczne) czego efektem jest całkowite zniesienie świadomości pacjenta wraz z wszystkimi odruchami oraz samoistnym oddychaniem (za pacjenta oddycha specjalna aparatura medyczna tzw. respirator, a pacjent ma wprowadzoną rurkę do dróg oddechowych)

# 3) Następstwa odstąpienia od wykonania zabiegu

* Ból w trakcie oraz po zakończeniu zabiegu
* Brak możliwości wykonania zabiegu ze względu na: krwawienie w polu operacyjnym (brak widoczności), niemożność utrzymania suchości lub ciągłe poruszanie się pacjenta spowodowane dolegliwościami bólowymi w trakcie wykonywania zabiegu

# Bezwzględne:

1. **Przeciwwskazania do wykonania zabiegu**
   * Uczulenie na Leki Znieczulające Miejscowo – potwierdzone wypisem z oddziału ratunkowego lub odpowiednimi testami alergologicznymi

**Względne** (dotyczą stosowania LZM z dodatkiem substancji obkurczającej naczynia krwionośne – najczęściej adrenaliny) – o zastosowaniu odpowiedniego LZM, dawki oraz techniki podania decyduje lekarz wykonujący zabieg:

* + Ciężka niewydolność krążenia w postaci np. świeżo przebytego zawału serca lub udaru mózgu (do 6 miesięcy)
  + Niewyrównana (nieleczona lub niepoddająca się leczeniu) arytmia serca
  + Wady wrodzone serca
  + Zaawansowana i niewyrównana choroba wieńcowa
  + Wysokie i niewyrównane nadciśnienie tętnicze krwi (powyżej 200/110 mmHg)
  + Jaskra
  + Zaawansowana i niewyrównana cukrzyca
  + Zaawansowana i niewyrównana astma oskrzelowa
  + Zaawansowana i niewyrównana nadczynność tarczycy
  + Nowotwór kory nadnerczy
  + Stosowanie leków psychotropowych, przeciwdepresyjnych oraz obniżających ciśnienie krwi z grupy nieselektywnych beta blokerów (PROSZĘ PODAĆ WSZYSTKIE ZAŻYWANE LEKI!!!)
  + Wiek poniżej 4r.ż.

# Czas trwania zabiegu i minimalna ilości wizyt w celu osiągnięcia oczekiwanego efektu

* + Od 1 do 3 minut
  + 1 wizyta

# Negatywne następstwa i możliwe powikłania po wykonaniu zabiegu

**Miejscowe:**

* + Niedostateczne znieczulenie – pacjent nadal odczuwa ból.
  + Podrażnienie lub uszkodzenie nerwów czuciowych w okolicy podania
  + Czasowe porażenie nerwów ruchowych w okolicy podania
  + Zranienie tkanek miękkich w okolicy wykonywania znieczulenia
  + Złamanie igły
  + Krwiak w tkankach miękkich, na skórze twarzy i/lub błonie śluzowej jamy ustnej
  + Ból po ustąpieniu znieczulenia w okolicy wykonywanego wkłucia igły
  + Wrażenie „wysadzenia” zęba z zębodołu po znieczuleniu komputerowym wykonanym do kieszonki dziąsłowej

# Ogólne spowodowane zawartością LZM:

* + Łagodne zaburzenia ze strony ośrodkowego układu nerwowego: metaliczny posmak, szum w uszach, zawroty głowy, nudności, wymioty, niepokój, lęk, początkowy wzrost częstości oddechów.
  + Cięższe objawy: senność, dezorientacja, drżenie, drganie mięśni, drgawki toniczno-kloniczne, śpiączka, porażenie układu oddechowego, zmniejszenie ciśnienia krwi, zaburzenia przewodzenia impulsów w sercu, bradykardia, zatrzymanie akcji układu sercowo-naczyniowego.
  + Nadwrażliwość (alergia) na LZM może objawiać się w postaci wysypki, obrzęku świądowego (swędzące opuchnięcie), świądu (swędzenie), rumienia (zaczerwienienie skóry), nudności, biegunki, świszczącego oddechu, anafilaksji (ostrej reakcji alergiczna, która w najcięższej ogólnoustrojowej postaci charakteryzuje się najcięższym przebiegiem i zagraża życiu).

# Ogólne spowodowane zawartością substancji obkurczającej naczynia krwionośne (najczęściej adrenalina):

* + Objawy ze strony układu sercowo-naczyniowego (krążenia), takie jak: odczucie ciepła, pocenie, kołatanie serca, migrenopodobny ból głowy, wzrost ciśnienia krwi, dławica piersiowa, tachykardia (przyspieszona akcja serca), tachyarytmia (nieregularność tętna z przyspieszoną akcją serca), zatrzymanie akcji układu sercowo-naczyniowego (krążenia).

# Przewidywane efekty zabiegu

* + Znieczulenie miejscowe zębów oraz okolicznych tkanek miękkich objawiające się brakiem czucia bólu w trakcie właściwego zabiegu leczniczego

# Sposoby postępowania po zabiegu

* + Do czasu całkowitego ustąpienia uczucia zdrętwienia tkanek miękkich (zwłaszcza języka oraz warg) należy powstrzymać się od spożywania pokarmów (ryzyko przygryzienia) oraz przyjmowania

**GORĄCYCH** płynów (ze względu na brak czucia temperatury i ryzyko oparzenia)

* + Opiekunowie prawni pacjentów nieletnich są zobowiązani do zapewnienia nadzoru nad znieczulonym dzieckiem w celu ochrony tkanek miękkich przed mechanicznym uszkodzeniem np. przez świadome lub nieświadome przygryzanie
  + W przypadku utrzymującego się zdrętwienia lub innych zaburzeń czucia w obrębie tkanek miękkich powyżej 6 godzin należy skontaktować się z lekarzem wykonującym znieczulenie

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am. Jednocześnie oświadczam, że miałem/-am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego leczenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem/-am zrozumiałe dla mnie wyczerpujące odpowiedzi. Potwierdzam, że miałem/am sposobność przeczytania i pełnego zrozumienia terminologii i słów zawartych w Zgodzie na wykonanie znieczulenia miejscowego oraz odnoszących się do niej wyjaśnień. Oświadczam także, że nie zataiłem/-am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomym wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w informacje są danymi poufnymi. Zobowiązuje, się do przestrzegania zaleceń lekarskich oraz do zgłaszania się na kontrole w wyznaczonych terminach. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o towarzyszącym ryzyku innych metod i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, znieczulenie miejscowe jest podejmowane w celu usunięcia konkretnego problemu (bólu) i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Wykonanie znieczulenia miejscowego nie zabezpiecza także przed próchnicą, złamaniem zęba oraz chorobami dziąseł. W wyjątkowych sytuacjach podrażniony na skutek wykonania znieczulenia miejscowego nerw czuciowy może wymagać dłuższej rekonwalescencji (farmakoterapia oraz fizjoterapia), a w niezwykle rzadkich przypadkach może dojść do trwałego uszkodzenia czucia w okolicy wykonywanego zabiegu. Znam również i akceptuję koszty związane z prowadzeniem leczenia. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałem/-am wystarczającą ilość czasu. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

# Niniejszym, zgodnie z art. 32–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. 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 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego przez

**SUN CLINIC IZABELA GRABOWSKA-FIGHIERA EWA WNUK LEKARZE STOMATOLODZY sp.p. w Płocku,**

**ul. Słoneczna 3, 09-402 Płock**

**Zgoda jest udzielana bezterminowo, dotyczy każdego znieczulenia wykonywanego w każdym czasie po jej udzieleniu i w każdym czasie może być cofnięta.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Imię i nazwisko pacjenta** | **Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (pacjent poniżej 18 r.ż.)** | **Podpis pacjenta/przedstawiciela** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |