ZGODA PACJANTA NA ZNIECZULENIE MIEJSCOWE

Imię i Nazwisko pacjenta .....PESEL.....

Po podaniu znieczulenia mogą wystąpić objawy niepożądane lub powikłania związane z indywidualną wrażliwością pacjenta.

Powikłania ogólne:

- omdlenie –krótkotrwała utrata przytomności z zachowaniem krążenia i akcji serca. Przyczyną może być silny strach lub bodziec bólowy
- odczyn toksyczny – może nastąpić po podaniu środka znieczulającego, na skutek reakcji alergicznej lub toksycznej
- występuje reakcja ze strony układu nerwowego i/lub układu krążenia : pobudzenie psychoruchowe , drętwienie języka , zaburzenia widzenia, drgawki i kurcze mięśni . W skrajnych przypadkach może wystąpić śpiączka Ostre odczyny toksyczne mogą doprowadzić do niewydolności oddechowej , a nawet zgonu.

Powikłania miejscowe:

- uszkodzenie nerwu czuciowego
- krwiak tkanek
- miejscowe niedokrwienie tkanek
- porażenie nerwów ruchowych
- zainfekowanie organizmu podczas iniekcji znieczulenia
- ból po zabiegu
- złamanie igły przy gwałtownym ruchu pacjenta
- niedostateczne znieczulenie

Powyższe zasady przeczytałem/am i zrozumiałem/am , uzyskałem/am wszelkie wyjaśnienia dotyczące znieczulenia w moim przypadku.

Zostałem/am poinformowany/na o ryzyku wynikającym z zastosowania znieczulenia.

Nie zataiłem/am żadnych informacji o wystąpieniu w przeszłości reakcji alergicznych na leki lub znieczulenia (w tym znieczulenia u stomatologa).

Leczenie w znieczuleniu jest stosowane wyłącznie w celu wyeliminowania dolegliwości bólowych.

Niniejszym wyrażam zgodę na wykonywanie znieczulenia miejscowego przez lekarza.

.....

Czytelny podpis pacjenta (opiekuna pranego)