

Specjalistyczna Praktyka Lekarska dr n. med. Dawid Borowik

telefon : 0 502 768 981
e-mail: dawidborowik@gmail.com



KARTA INFORMACYJNA

DLA PACJENTÓW PRZED ZNIECZULENIEM DZIECKA

Szanowny(a) Panie, Pani

Otrzymał Pan(i) skierowanie do leczenia w gabinecie stomatologicznym.

Lekarz Anestezjolog uprzejmie prosi o przyniesienie następujących dokumentów do wglądu:

- Dokument z grupą krwi, karty wypisowe z pobytów w szpitalu, informacja o uczuleniach.
- Badania laboratoryjne nie starsze niż 6 miesięcy. EKG nie starsze niż 6 miesięcy - tylko u pacjentów z wywiadem chorobowym.
- Lista zażywanych leków.
- Wypełniona ankieta chorobowa, z tyłu karty informacyjnej.

Bardzo ważne!!!	W dniu znieczulenia proszę: - przyjść na czczo, przed znieczuleniem 4 godziny nic nie jeść, 2 h nie pić (u dzieci poniżej 3 r.ż. 2h i 1 h).
------------------------	--

Przed znieczuleniem zostanie założony dostęp dożylny- wenflon i przez niego podawane będą leki. Lekarz anestezjolog będzie stale obecny podczas zabiegu i będzie nadzorował przebieg znieczulenia, dbając o bezpieczeństwo pacjenta. Po znieczuleniu w ciągu 12 godzin pacjent musi mieć zapewnioną opiekę innej bliskiej osoby.

UMOWA:

Pomiędzy: Dawid Borowik, adres j/w, zwanym dalej „lekarzem anestezjologiem”

a

Dane pacjenta / rodzica / opiekuna prawnego:

1. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mojego dziecka znieczulenia przewodowego / ogólnego dożylnego i na wszelkie czynności anestezjologiczne konieczne w okresie przed- i po znieczuleniu, jak również na zabiegi towarzyszące znieczuleniu. Po znieczuleniu dziecko ma zapewnioną opiekę osoby pełnoletniej.
2. Oświadczam, że:
 - Zrozumiałem istotę powyższego znieczulenia,
 - Zostałem poinformowany/a o jego wadach, zaletach oraz o możliwych, dających się przewidzieć powikłaniach i następstwach z nim związanych.
 - Ostatni posiłek dziecko spożyło o godzinie, dziecko piło o
3. Wszelkie wątpliwości zostały mi wyjaśnione. Miałem(am) także możliwość zadania w czasie rozmowy z lekarzem anestezjologiem pytań na temat planowanego znieczulenia u mojego dziecka.
4. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na to, że jeżeli w czasie zabiegu zaistnieją niespodziewane okoliczności, rodzaj i sposób znieczulenia może być zmieniony na inny ze względu na dobro mojego dziecka.
5. Tekst powyższy przeczytałem(am) (został mi przeczytany) i zrozumiałem. Pytań ani wątpliwości nie mam.

Data:.....

Podpis pacjenta/rodzica/ opiekuna prawnego:.....

Podpis lekarza:.....
