

CONSENSO INFORMATO ALL'ANESTESIA

Io sottoscritto/a _____ in vista dell'intervento programmato, dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato/a sul tipo di anestesia e di sedazione cui verro' sottoposto/a e sulle relative tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali.

Mi è stato spiegato che l'anestesia moderna è sicura, tuttavia essa, come accade in tutte le altre discipline mediche, non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza.

Dichiaro di essere a conoscenza che le mie condizioni generali mi espongono alle seguenti complicanze _____

Accetto che l'odontoiatra e/o medico anestesista modifichino le tecniche concordate qualora dovessero ritenere necessario.

Accetto che in occasione di interventi successivi e collegati all'attuale intervento potrò essere sottoposto ai medesimi trattamenti.

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e confermo di avere avuto risposte esaurienti.

Osservazioni del paziente _____

Firma del paziente _____ Firma del genitore o tutore _____

Firma dell'odontoiatra o anestesista (leggibile) _____ Data _____

INFORMAZIONE SULL'INTERVENTO

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di essere stato informato che dovrò essere accompagnato nella sede dell'intervento e da questa alla mia abitazione da persona sicura e consapevole il giorno dell'intervento.

Il giorno dell'intervento non dovrò assumere alcolici, né guidare l'automobile o altro mezzo di locomozione. Potrò muovermi liberamente nella mia abitazione. In caso di necessità potrò telefonare all'odontoiatra di guardia, all'odontoiatra o anestesista che mi hanno seguito durante l'intervento. Sono informato che potrò assumere paracetamolo (Efferalgan o Tachipirina) in caso di dolori.

Osservazioni del paziente _____

Firma del paziente _____ Data _____



MO 20 CARTELLA ODONTOIATRICA

in ACTION

(* Campi obbligatori)

Cognome* _____

luogo e data di nascita* _____ C.F.* _____ sesso M F

via* _____ n° _____ Città* _____

tel abitazione _____ cellulare* _____ tel ufficio _____

email* _____

(Si prega di compilare in stampatello. L'indirizzo mail è finalizzato unicamente all'invio di comunicazioni relative al Poliambulatorio Vignato).

Desidera ricevere anche e-mail sulle iniziative della Fondazione Vignato per l'Arte? SI NO

chi l'ha indirizzata presso il nostro studio? _____ Medico di base _____

Professione _____ coniugato/a celibe nubile nome coniuge _____

Numero figli _____ età dei figli _____

Rimborsi privati (Fasi, Fasdac, Focas, Assilt, Banca Popolare di Vicenza, Banca Intesa....) _____

Documentazione clinica consegnata allo studio il _____ TAC OPT TELE

NOTE: _____

Informazioni ai sensi D.Lgs. 196/2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

Acquisizione del consenso

Io sottoscritto/a _____ in qualità di interessato, dichiaro di aver ricevuto dal Poliambulatorio Vignato snc avente sede legale in contrà Torretti, 54 di Vicenza P.IVA 02479380244, ampie informazioni e di aver preso coscienza del contenuto dell'informativa esposta, fornite dal titolare ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e di prestare il consenso per le seguenti tipologie di trattamento.

Consenso al trattamento di dati personali

1. Consenso al trattamento dei dati personali secondo quanto indicato nell'informativa.
 Do il consenso nego il consenso

2. Consenso al trattamento di dati personali ai fini di invio di materiale pubblicitario, compimento di ricerche di mercato e di comunicazioni commerciali inerenti l'attività odontoiatrica.
 Do il consenso nego il consenso

Consenso al trattamento di dati sensibili

3. Consenso al trattamento e comunicazione di dati sensibili secondo quanto indicato nell'informativa.
 Do il consenso nego il consenso

4. Consenso all'invio da parte del Poliambulatorio Vignato di SMS (messaggio di testo telefonici) al mio telefono mobile (n. _____) in funzione di pro-memoria per le visite fissate programmate.

Vicenza, il _____ Firma _____

Diagnosi _____ intervento _____ PA (mm Hg) _____ Polso _____
 Sede: sup. inf. Condizioni fisiche: A.S.A.: 1 2 3 4 5
 Ansia: MDAS _____ V.A.S. cm _____ (Ansia se MDAS > 14 o VAS > 5; Fobia se MDAS > 18 o VAS > 5); Preselezione: CDDZ mg _____
 Analgesia preventiva Piroxicam mg _____ Paracetamolo mg _____

VALUTAZIONE DELL'ANSIA ODONTOIATRICA

PUO' DIRE QUANTO LA SEDUTA ODONTOIATRICA LA RENDE ANSIOSO? (Per favore lo indichi con una X nella casella appropriata)

- Se dovesse andare dal suo dentista DOMANI PER UN TRATTAMENTO, come si sentirebbe?
 Non ansioso lievemente ansioso discretamente ansioso molto ansioso estremamente ansioso
- Se fosse seduto in SALA D'ATTESA (aspettando il trattamento da fare), come si sentirebbe?
 Non ansioso lievemente ansioso discretamente ansioso molto ansioso estremamente ansioso
- Se stessero per TRAPANARLE UN DENTE, come si sentirebbe?
 Non ansioso lievemente ansioso discretamente ansioso molto ansioso estremamente ansioso
- Se stessero per RASCHIARLE E LEVIGARLE I DENTI, come si sentirebbe?
 Non ansioso lievemente ansioso discretamente ansioso molto ansioso estremamente ansioso
- Se stessero per farle L'INIEZIONE DI ANESTETICO LOCALE sulla gengiva in corrispondenza di un dente superiore posteriore, come si sentirebbe?
 Non ansioso lievemente ansioso discretamente ansioso molto ansioso estremamente ansioso

NESSUNA ANSIA |-----ANALOGO AL SIVO-----| MASSIMA ANSIA POSSIBILE

Betametasone mg _____ Triamcinolone mg _____
 Fluidi _____
 Operatore _____ sedazionista _____ data _____

ANAMNESI MEDICA PER ADULTI

- Ricorda di aver sperimentato qualche esperienza negativa in un ambulatorio odontoiatrico? SI NO
- E' stato sottoposto a qualche cura medica prolungata negli ultimi due anni? SI NO
- E' allergico (ovvero ha accusato rashes cutanei, prurito, gonfiore alle mani, piedi o occhi) o è sensibile alla penicillina, aspirina, codeina, antibiotici o a qualche altro farmaco? Se sì quale? _____ SI NO
- Ha accusato sanguinamento prolungato o eccessivo tale da richiedere un specifico trattamento? SI NO
- Sottolinei le condizioni o le malattie di cui è stato o è affetto o che in questi anni è stato o è attualmente sottoposto:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| M. Cardiovascolari | M. Neurologiche | M. Infettive | Altre malattie |
| <input type="checkbox"/> Iperensione | <input type="checkbox"/> Epilessia e convulsioni | <input type="checkbox"/> Epatite A | <input type="checkbox"/> Diabete |
| <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca | <input type="checkbox"/> Alzheim | <input type="checkbox"/> Epatite B | <input type="checkbox"/> Celiachia |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Demenza senile | <input type="checkbox"/> Epatite C | <input type="checkbox"/> Esofagite da reflusso |
| <input type="checkbox"/> Infarto miocardico | <input type="checkbox"/> Disturbi psichiatrici | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Gastrite |
| <input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale | <input type="checkbox"/> Miastenia | <input type="checkbox"/> Sieropositività HIV | <input type="checkbox"/> Ulcera gastrica |
| <input type="checkbox"/> Portatore pacemaker | <input type="checkbox"/> Ictus cerebrale | <input type="checkbox"/> Sifilide | <input type="checkbox"/> Patologia renale |
| <input type="checkbox"/> Soffi cardiaci | <input type="checkbox"/> M. Respiratorie | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Ipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Valvulopatia cardiaca | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> M. Ematologiche | <input type="checkbox"/> Ipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Interventi al cuore | <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Emofilia | <input type="checkbox"/> Tumori |
| <input type="checkbox"/> M. congenite cardiache | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> M. di von Willebrand | <input type="checkbox"/> Chemioterapia |
| <input type="checkbox"/> Febbre reumatica | <input type="checkbox"/> M. Allergologiche | <input type="checkbox"/> Anemia microcitica | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Febbre da scarlattina | <input type="checkbox"/> Febbre da fieno | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme | <input type="checkbox"/> Insufficienza epatica |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> M. dei seni nasali | <input type="checkbox"/> Disturbi coagulazione | <input type="checkbox"/> Cirrosi |
| <input type="checkbox"/> T. anticoagulante orale | <input type="checkbox"/> Orticaria | <input type="checkbox"/> Pregresse trasfusioni | <input type="checkbox"/> Dolori alla faccia |
| | <input type="checkbox"/> Angioedema ereditario | | <input type="checkbox"/> Trapianto d'organo |

- E' affetto da qualche malattia, condizione o problema che non risultano in questo questionario? _____
- Quando cammina o sale le scale deve fermarsi di frequente perché accusa dolore al torace, aumento della frequenza respiratoria o facile affaticamento? SI NO
- Accusa gonfiore alla caviglia durante il giorno? SI NO
- Deve usare più di due cuscini per dormire? SI NO
- Si sveglia talvolta facendo fatica a respirare? SI NO
- Per le donne: E' in stato di gravidanza? SI NO
- Si sottopone a qualche procedura per il controllo delle nascite? SI NO

Per quanto mi risulta le domande poste sono pertinenti e corrette. Qualora dovessi notare qualche modificazione del mio stato di salute o del trattamento farmacologico attuale informerò l'odontoiatra al prossimo appuntamento. SI NO

Vicenza, li _____ Firma _____

FARMACI ASSUNTI DAL PAZIENTE

NOME COMMERCIALE	PRINCIPIO ATTIVO	POSSIBILI INTERFERENZE

NOTE: