

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	כתובת:
טלפון:	מדבקת פרטי מטופל

טופס הסכמה לשימוש באילום יחסי באמצעות N₂O N₂O Sedation

מטרת השימוש באילום באמצעות גז N₂O ("גז הצחוק") בטיפול שיניים היא להפחית את רמת החרדה מהטיפול ולהגביר את שיתוף הפעולה של המתרפא/ת. הגז נשאף באמצעות מסכת אף במשך כל הטיפול. השימוש בו מתאים לסוגי טיפול שיניים שונים. יתרון השימוש ב N₂O בכך שהשפעתו חולפת סמוך להפסקת שאיפתו.

שם המתרפא/ה : _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

אני מצהיר /ה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____

על שימוש באילום יחסי באמצעות גז N₂O במהלך טיפול השיניים. הוברו לי מטרות הטיפול העיקרי. דרכי הטיפול והמכשור הכרוך בו. הוסבר לי שקיימות שיטות אחרות של אילום יחסי (סדציה). והוברו לי היתרונות והחסרונות של אילום יחסי. הוסברו לי תופעות הלוואי במהלך הטיפול העיקרי לרבות : תחושת בחילה, הקאה, חולשה, עייפות, רצון לישון, הזיות וחרדה. תופעות אלה חולפות עם הפסקת הטיפול העיקרי. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לשימוש באילום יחסי באמצעות N₂O במהלך טיפול שיניים. ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי, וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות ו/או מהרופא המטפל, לרבות הצורך להיות בצום שעתיים לפני תחילת הטיפול.

חתימת המתרפא/ת

תאריך

חתימת האפוסטרופוס
(במיקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוסטרופוס (קירבה)

אני מאשר שהסברתי למתרפא/ת/ לאפוסטרופוסו של המתרפא * את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא /היא חתם על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימה

שם הרופא

יחידת פה ולסת