VLADIMIR MALUŠEV PR SPECIJALISTIČKA ORDINACIJA DENTALNE MEDICINE IZ OBLASTI ORALNE HIRURGIJE WCB BEOGRAD
PIB 108397610 MB 63424919
TR: 265-1630310010137-65

Informisani pristanak za sprovođenje analgo-sedacije

1. Podaci o pacijentu

- **Ime i prezime:** _____
- **JMBG:** _____ **Datum rođenja:** _____
- **Kontakt telefon:** _____

2. Opis procedure

Meni je, od strane ordinirajućeg hirurga i anesteziologa, objašnjeno da će planirana intervencija biti izvršena uz primenu **intravenske analgo-sedacije**. Razumem da je to stanje smanjene svesti u kojem ću biti opušten, sa smanjenim osećajem straha i bola, ali da ću moći da komuniciram sa osobljem ako je to potrebno.

3. Rizici i moguće komplikacije

Iako se analgo-sedacija smatra bezbednom, upoznat/a sam sa činjenicom da medicinske procedure nose određene rizike. Potvrđujem da su mi objašnjeni sledeći mogući neželjeni efekti:

- **Respiratorne komplikacije:** Prolazno otežano disanje ili pad zasićenosti krvi kiseonikom (hipoksija), što može zahtevati asistenciju kiseonikom ili, u ekstremno retkim slučajevima, intubaciju.
- **Kardiovaskularne reakcije:** Promene krvnog pritiska (skok ili pad) i srčanog ritma.
- **Alergijske reakcije:** Moguće reakcije na primenjene lekove, od blagog osipa do anafilaktičkog šoka.
- **Ostalo:** Mučnina, povraćanje, vrtoglavica, bol ili hematom na mestu uboda igle, produžena pospanost.

4. Izjava o zdravstvenom stanju (Anamneza)

Potvrđujem pod punom materijalnom i moralnom odgovornošću:

- Da sam lekaru dao/la tačne podatke o hroničnim bolestima (srce, pluća, pritisak, dijabetes, epilepsija).
- Da sam prijavio/la sve lekove koje redovno pijem (naročito razređivače krvi).
- Da sam prijavio/la sve poznate alergije na lekove i hranu.
- **Da nisam ništa jeo/la ni pio/la (uključujući vodu i žvakaće gume) najmanje 4 sata pre zakazane intervencije.**

VLADIMIR MALUŠEV PR SPECIJALISTIČKA ORDINACIJA DENTALNE MEDICINE IZ OBLASTI ORALNE HIRURGIJE WCB BEOGRAD
PIB 108397610 MB 63424919
TR: 265-1630310010137-65

5. Postoperativna uputstva

- Obavezujem se da ću se pridržavati sledećih pravila nakon intervencije:
- Ordinaciju ću napustiti isključivo uz **pratnju punoletne osobe**.
- **U narednih 24 sata neću upravljati motornim vozilom**, raditi na mašinama, niti donositi važne pravne i poslovne odluke.
- U narednih 24 sata neću konzumirati alkohol niti lekove za smirenje bez konsultacije sa anesteziologom.

6. Izjava o razumevanju i pristanku

- Svojim potpisom potvrđujem:
- Da sam u potpunosti razumeo/la prirodu i svrhu analgo-sedacije.
- Da sam imao/la priliku da postavim pitanja i da sam na njih dobio/la zadovoljavajuće odgovore.
- Da svesno i dobrovoljno pristajem na proceduru, svestan/na svih navedenih rizika.

Potpis pacijenta (ili zakonskog zastupnika):

_____

(Br. lične karte: _____)

Lekar anesteziolog (M.P. i potpis):

_____

Oralni hirurg (M.P. i potpis):

_____

Beograd,

_____