

## LA SEDAZIONE COSCIENTE: ISTRUZIONI E CONSENSO

Paziente \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Gentile Signora/e,

per eseguire in modo corretto le cure odontoiatriche a Suo figlio è necessario usare la sedazione con protossido d'azoto. Con questo metodo il bambino, pur restando sveglio, sarà tranquillo e sentirà meno dolore. L'apparecchiatura in utilizzo presso la nostra Struttura è moderna e di ultima generazione. Ciò garantisce la massima sicurezza di utilizzo. Eventuali effetti collaterali sporadici, se si seguono le indicazioni riportate, sono in genere limitati ad una modica nausea e riduzione temporanea della vigilanza e dei riflessi.

Affinchè tutto si svolga nel migliore dei modi, siete pregati di attenervi a quanto segue:

- 1) È molto importante riferire al dentista se il bambino ha avuto in passato o ha attualmente qualche grave malattia; così pure se negli ultimi anni è stato ricoverato in ospedale o se soffre di qualche forma allergica.
- 2) Il bambino dovrà sempre, ad ogni appuntamento, essere accompagnato da un genitore o comunque da un adulto.
- 3) Una volta effettuata la visita, vi sarà un primo appuntamento, che avrà lo scopo di trovare la dose esatta del farmaco sedativo. Non meravigliatevi se durante questo appuntamento si eseguiranno poche cure: il tempo perso verrà recuperato nelle sedute successive.
- 4) Se durante le cure è stata eseguita l'iniezione con anestesia locale, dovete sorvegliare il bambino per alcune ore affinché non si morsichi il labbro o la lingua, privi di sensibilità.
- 5) Alla fine di ogni seduta, prima di lasciare lo Studio, è necessario che vi fermiate alcuni minuti in sala d'attesa.
- 6) Per alcune ore dopo la sedazione il bambino non deve fare giochi o svolgere attività che richiedano molta attenzione (correre in strada o andare in bicicletta).
- 7) Se dopo la sedazione il bambino accusasse un po' di nausea, somministrategli alcuni sorsi di bevanda fredda e tenetelo a riposo.

Lette e comprese chiaramente le spiegazioni riguardanti i vantaggi ed i limiti della sedazione cosciente e le sue possibili complicanze, confermo di accettare il trattamento.

Acconsento inoltre a variazioni ed estensioni della tecnica proposta, ove si rendessero necessarie, a seguito di eventi non prevedibili durante la procedura di sedazione cosciente.

Data

\_\_\_\_\_

Nome e Firma del paziente  
o dell'esercente la responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_