

## טופס הסכמה לשימוש באילום יחסי באמצעות N<sub>2</sub>O N<sub>2</sub>O Sedation

מטרת השימוש באילום יחסי באמצעות גז N<sub>2</sub>O ("גז הצחוק") בטיפול שיניים היא להפחית את רמת החרדה מהטיפול ולהגביר את שיתוף הפעולה של המתרפא/ה. הגז נשאף באמצעות מסכת אף במשך כל הטיפול. השימוש בו מתאים לסוגי טיפול שיניים שונים. יתרון השימוש ב N<sub>2</sub>O בכך שהשפעתו חולפת סמוך להפסקת שאיפתו.

שם מתרפא/ה: \_\_\_\_\_  
שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_  
שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

על השימוש באילום יחסי באמצעות גז N<sub>2</sub>O במהלך טיפול השיניים. הוסברו לי מטרות הטיפול העיקרי. דרכי הטיפול והמכשור הכרוך בו. הוסבר לי שקיימות שיטות אחרות של אילום יחסי (סדציה); והוסברו 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 N<sub>2</sub>O במהלך טיפול שיניים. ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי, וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות ואו מהרופא המטפל, לרבות הצורך להיות בצום שעתיים לפני תחילת הטיפול.

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
חתימת המתרפא/ה

שם האפוטרופוס \_\_\_\_\_ (קירבה)  
חתימת האפוטרופוס \_\_\_\_\_  
(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר שהסברתי ל מתרפא/ה/ לאפוטרופוסו של המתרפא/ה\* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברי במלואם.

שם הרופא \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ מספר רשיון \_\_\_\_\_

\*מחק את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ  
מקבוצת מדנס