

## I.V. Sedación Información Nombramiento

HISTORIA Y FÍSICO-sólo es necesario por recomendación del Dr. Wilson

1. Una vez que un I.V. cita de sedación se ha decidido, el Dr. Wilson o un asistente le dará una historia clínica y la forma de evaluación física. Este es un breve chequeo a ser llenado por el pediatra de su niño o médico de familia. Esta forma nos ayuda a determinar si hay riesgos médicos inusual al sedar a su hijo.

2. Una vez que el H & P se llena por completo, puede ser enviada por fax a nuestra oficina al 901-759-0904 o puede traer a nosotros. Tan pronto como el H & P se recibe de nuevo podemos programar la cita de su hijo.

### CARGOS

Los cargos por el I.V. La sedación varían dependiendo de la duración de la cirugía y la cantidad de trabajo que debe realizarse. Los cargos por I.V. La sedación se dividen en cuatro partes:

#### Cuota de medicamentos

Debido a la gran demanda de citas sedación intravenosa y la cantidad limitada de puntos tenemos disponibles semanalmente, hay un cargo de \$ 75 requerida para mantener el nombramiento de su hijo. Esta tarifa se debe antes de programar su cita y se destinará a costos de sus medicamentos para la sedación. Si nuestra oficina no es notificado con 48 horas de antelación cancelación de la cuota de entonces no son reembolsables.

#### Anestesia

Los cargos por la anestesia son las siguientes:

1-60 minutos: \$ 250

Por cada 15 minutos después es de \$ 50 (redondeado)

Los costos por encima de la anestesia son tasas que reflejan el momento dentales necesarios para completar el tratamiento. Si los cambios de tratamiento y se necesita más tiempo, lo que puede afectar las tasas de anestesia.

**PAGO DE LA PARTE DE LA ANESTESIA La cirugía es necesaria  
EN SU TOTALIDAD EN EL MOMENTO DE SERVICIO**

#### Fondo para el Cargo

Como parte del costo de la anestesia no es una tarifa de instalación de \$ 100 que los suministros, equipos, uso de la instalación, formación especializada, y gastos generales. Esta es una tarifa estándar que se requiere para todas

IV

Sedación de pacientes.

**PAGO DE LA CUOTA DE FONDO SE REQUIERE EN SU TOTALIDAD EN EL MOMENTO DE SERVICIO**

#### Tratamiento Dental

El precio para el tratamiento dental varía dependiendo del paciente. Si usted tiene preguntas sobre el costo de tratamiento de su hijo, por favor comuníquese con nuestra oficina y nosotros podemos ayudarle.

#### Durante la sedación DE SU HIJO

Los padres no están permitidos en la operatoria durante los procedimientos. Se les pide que permanezcan en el la sala de espera hasta que se complete el trabajo. Esto nos permite trabajar de forma rápida, sin distracciones.

### Antes de su hijo I.V. Sedación

El Dr. Wilson ha recomendado a la sedación para su niño para promover la cooperación y la relajación durante el tratamiento dental. Anestesia (la causa de su hijo para ir a dormir) se llevará a cabo por Preferred Services LLC anestesia, con la cirugía dental realizada por el Dr. Wilson.

#### MEDICAMENTOS-

- Para los medicamentos que se toman con regularidad, hable con el Dr. Wilson o el enfermero anestesista si se debe tomar el medicamento o no el día de la cita.

#### -CAMBIO EN LA SALUD

- Un cambio en la salud de su hijo puede ser muy importante, sobre todo el desarrollo de un resfriado, fiebre, tos o escurrimiento nasal plazo de 3 días antes del día de la cita. Por favor, informar a nuestra oficina de cualquier cambio en la salud para que podamos discutir con usted o no otra cita es necesario.

#### -ROPA

- Por favor vista a su hijo con ropa holgada, como sudoración o pijamas. Mangas cortas son las preferidas. Si el paciente está recién ir al baño o tiene un historial de mojar la cama, por favor el vestido de la paciente en un pañal.

#### -ACTIVIDAD

- Plan de sueño del niño y los tiempos de despertar para alentar la cantidad normal de sueño el día antes de la cita de sedación.
  - Permita que su hijo a usar el baño antes de la cirugía.
  - Un padre o tutor legal debe llevar al niño a la cita.
    - Por favor llegue 15 minutos antes.

#### -RAZÓN PARA LLAMAR AL MÉDICO ANTES DE LA CITA

1. Su hijo está enfermo
2. Su hijo tiene secreción nasal o tos.
3. Usted tiene más preguntas.

#### -DIETA GUIDELINES

- Si no se adhieren a las directrices establecidas en la sección siguiente. El incumplimiento de estas normas puede dar lugar a la cita de su hijo ha aplazado.

A preguntas o preocupaciones,  
Llame a nuestra oficina al (901) 759 hasta 0.970.

## DIETA DE DIRECTRICES .... PARA LA SEGURIDAD DE SU HIJO

Es muy importante que siga las directrices para la dieta de su hijo a partir de la noche antes de su I.V. sedación. El incumplimiento de estas instrucciones puede ocasionar la posponer o cancelar su operación.

\* Es necesario que ningún alimento sólido SER DADO DE NIÑOS EN EL DÍA DE LA CIRUGÍA debido a su despacho poco fiables desde el estómago. Los pacientes que han comido alimentos sólidos, o no han seguido las recomendaciones a continuación, lo más probable es que se pospusieron o cancelaron .\*

Si la edad de su hijo es:

0-3 meses:

Los bebés de esta edad se puede→ dar la fórmula de hasta 6 horas antes de la vez que se les dijo que llegar a nuestra oficina. (Por ejemplo: Si se les instruyó para llegar a las 9 de la mañana, la última vez que su bebé puede ser alimentados con leche materna o fórmula sería a las 3 am A continuación, nada más..)

Los bebés de esta edad pueden→ tomar leche materna 4 horas antes de llegar a nuestra oficina. (Por ejemplo: Si se les instruyó para llegar a las 9 de la mañana, la última vez que su bebé puede tomar leche materna sería a las 5 am Después, nada más.)

Los bebés de esta edad pueden→ tener agua, agua azucarada o jugo de manzana 3 horas antes de llegar a nuestra oficina. (Por ejemplo: Si se les instruyó para llegar a las 9 de la mañana, la última vez que su bebé podría haber agua o jugo de manzana sería a las 6 am A continuación, nada más.)

3 meses - 7 años:

Los niños en este grupo de edad→ son no tener ningún alimento sólido después de la medianoche la noche antes de su operación.

Los niños en este grupo de edad→ puede tomar líquidos claros hasta 3 horas antes de que se instrucciones para llegar a nuestra oficina. (Por ejemplo: Si le han dicho para llegar a las 9 am, la última vez que su niño puede tomar líquidos claros sería de 6 horas. Luego, nada más.)

7 años - 21 años:

Los niños en este grupo de edad→ son no tener ningún alimento sólido o líquido después de la medianoche la noche antes de su operación.

Si su bebé está en la fórmula, la alimentación con fórmula última debe ser de 6 horas antes de la hora en que llegan a nuestra oficina. Los líquidos claros, como agua con azúcar se puede dar hasta 3 horas antes de llegar a nuestra oficina. No goma de mascar, caramelos duros o pastillas de menta de la medianoche antes de la cirugía.

CLARO líquidos incluyen: agua, agua azucarada, Pedalyte, jugo de manzana sin pulpa y el jugo de uva blanca sin pulpa. El jugo de naranja y la leche no son líquidos claros.

### DESPUÉS DE SU HIJO I.V. SEDACIÓN

Los niños responden a la sedación a su manera, pero las siguientes directrices le ayudarán saber qué esperar en casa.

SU HIJO puede experimentar lo siguiente:

Alerta de un minuto, a continuación, somnolencia o sueño siguiente. La somnolencia puede durar 4-8 horas

Los mareos y / o la falta de coordinación

Ocasional irritabilidad durante el día

Falta de apetito por unas horas

Las náuseas y / o vómitos

Los problemas del sueño, como pesadillas, incapacidad para dormir antes de acostarse

Cambios de humor y alucinaciones

### A CASA DE LA OFICINA DE ODONTOLOGÍA

El niño no podrá caminar bien, por lo que sugerimos que lleve a su hijo en el coche o en la oficina.

Los niños pequeños deben viajar en un asiento de seguridad. Asegúrese de estar al tanto de cómo están sentados y no permita que su barbilla descansa en su pecho, este se puede cerrar el camino del niño de aire. Mantenga su cabeza en posición vertical durante la conducción en el coche.

Los niños mayores deben estar sujetos por un cinturón de seguridad, y debe ser asistido en su casa por dos personas.

### RESTRICCIONES DE DIETA

No alimente a su hijo hasta que él / ella está completamente despierto

Náuseas es común después de los procedimientos realizados bajo anestesia. Por esta razón, se recomienda no darle alimentos o bebidas hasta que la pida.

Comience con líquidos claros y poco a poco avanzará a alimentos blandos. Comience con un sorbo de agua, si son náuseas con esta espera 45 minutos y vuelva a intentarlo. Una vez que se puede contener el agua hacia abajo se puede avanzar en su dieta lentamente.

Si la náusea persiste durante 24 horas después del nombramiento de su hijo, por favor llame a nuestra oficina para obtener instrucciones adicionales.

### TRATAMIENTO DEL DOLOR Y LA FIEBRE

Evite medicamentos que contengan aspirina

Uso, el Tylenol para niños Children's Motrin o Advil para niños. Siga cuidadosamente las instrucciones de dosificación en la botella y no exceder.

La sensibilidad, la sensibilidad o dolor se puede esperar después del tratamiento.

Sensibilidad y hematomas en el lugar de inyección es posible. Esto se puede aliviar, si incómodo, con calor tibio y húmedo.

Si el dolor se espera, el Dr. Allen le recetará y dar las instrucciones de medicamentos para el dolor postoperatorio.

### CUÁNDO DEBE LLAMAR AL MÉDICO

Los problemas respiratorios

Frecuentes náuseas o vómitos

Prolongada debilidad o adormecimiento

Prolongado sangrado, dolor o hinchazón

### El consentimiento para la anestesia

Por la presente autorizo y doy consentimiento a Preferred Services LLC anestesia para realizar la anestesia me explicó, y cualquier otro procedimiento que considere necesario o conveniente en relación a la proyectada anestesia y la administración de los anestésicos que (desde el nivel local y general) por cualquier vía que se considerados adecuados por su dentista y enfermera anestesista. Es la comprensión de los firmantes que preferidos Servicios de Anestesia tendrá una carga completa de la administración y el mantenimiento de la anestesia.

Entiendo perfectamente que existe la posibilidad de complicaciones quirúrgicas y / o médicas de los fármacos y la anestesia durante o después del procedimiento. Entiendo que los riesgos del procedimiento (s), incluyen, pero no se limitan a la hemorragia, infección, lesión nerviosa, coágulos de sangre, reacciones alérgicas, dolor de la boca, los labios, las encías y los dientes, adormecimiento, fiebre, náuseas y vómitos. Entiendo que la sedación riesgos incluyen, pero no se limitan a la infección, hemorragia, lesión nerviosa, coágulos de sangre, reacciones alérgicas,

la neumonía, la aspiración, el dolor de la boca y la nariz, entumecimiento, fiebre, náuseas, vómitos, alteración frecuencia cardíaca y la respiración, daño cerebral o la muerte. Estos riesgos pueden implicar graves, potencialmente mortales, consecuencias, sin embargo, estas consecuencias graves son raras.

Entiendo que no hay garantía o aseguramiento se ha hecho en cuanto al resultado final del procedimiento y han sido siempre con una explicación de las alternativas al tratamiento y comprender los riesgos de no recibir tratamiento para la enfermedad dental.

Las complicaciones pueden derivarse de las instrucciones de no comer o beber durante un intervalo de tiempo específico antes de la cita con el dentista no se siguen.

Yo autorizo al dentista anestesista y la enfermera de utilizar su mejor juicio en la gestión de imprevistos condiciones que inesperadamente pudieran presentarse durante el curso de la sedación y planificó la odontología procedimientos.

He leído cuidadosamente y entender completamente este formulario de consentimiento y, además, han tenido todos mis preguntas en cuanto a la sedación que se administrarán, los riesgos descritos, y sus respuestas a los efectos secundarios.

Yo doy mi consentimiento libre y voluntario a la misma.

\_\_\_\_\_  
Fecha Hora

\_\_\_\_\_  
Paciente Nombre Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Padre o tutor legal Nombre (en letra de imprenta) Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Testigo de la Firma

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL CON sedación intravenosa EN EJERCICIO / ANESTESIA GENERAL

He sido informado y comprender plenamente el procedimiento dental (s) necesarios para el tratamiento de mi hijo. A pesar de que se me ha dado una estimación, entiendo que la duración del tratamiento y el costo puede variar una vez que el tratamiento se inicia (variación de tratamiento será discutido con el padre o tutor lo antes posible, sin interferir con el tratamiento).

Doy mi consentimiento para la administración de sedantes / anestésicos generales para (nombre) \_\_\_\_\_ por Preferred Services LLC Anestesia en relación con el procedimiento dental con el Dr. Courtney Wilson. Yo reconozco que el Dr. Wilson me ha explicado que los sedantes / anestésicos generales se administran para reducir el miedo, la ansiedad o el dolor asociados con el procedimiento y / o limitar la actividad física para el tratamiento dental de mi hijo se puede hacer.

Las alternativas al uso de la sedación en ejercicio o medicamentos anestesia general, así como las ventajas y desventajas de cada alternativa también se han explicado a mi entera satisfacción.

Entiendo perfectamente que existe la posibilidad de complicaciones quirúrgicas y / o médicas en desarrollo durante o después del procedimiento y que estos pueden incluir pero no están limitados a: las reacciones adversas a los agentes sedantes / anestesia, náuseas, vómitos, o la respuesta fisiológica atípicos que pueden requieren hospitalización, procedimientos quirúrgicos adicionales, discapacidad, paro cardíaco o respiratorio, la aspiración, daño nervioso permanente o temporal, los daños a las vías respiratorias, daño cerebral, las condiciones en peligro la vida o la muerte.

Reconozco que todas las pregunta que me han preguntado sobre el tratamiento de hoy han sido contestadas a mi satisfacción.

Yo estoy dando mi consentimiento pleno e informado al tratamiento que se representa como me describió incluyendo cualquier tratamiento a base de nuevos hallazgos durante el procedimiento.

Niño Nombre \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Firma del padre / guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_