Consenso informato · Sedazione cosciente

Sedazione inalatoria con protossido d'azoto e ossigeno · **OBBLIGATORIO**

Copia da leggere a casa. Questo è il modulo che le chiederemo di firmare in studio. Lo legga con calma e annoti le sue domande: l'odontoiatra le spiegherà ogni punto prima della firma.

PAZIENTE _____ NATO/A IL _____

CODICE FISCALE _____ PESO (KG) _____

ACCOMPAGNATORE _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a in modo chiaro e comprensibile dal dott./dott.ssa _____ su:

- ☐ che resterò sveglio e collaborante, con riduzione dell'ansia e del dolore
- ☐ le controindicazioni: gravidanza nel primo trimestre, malattie respiratorie acute, otiti, alcune malattie psichiatriche
- ☐ i possibili effetti: nausea, vomito, capogiro, mal di testa, formicolio, che passano in pochi minuti
- ☐ di dover essere a digiuno da cibi solidi da almeno 2 ore e accompagnato se minore
- ☐ che per alcune ore non dovrò svolgere attività che richiedono piena attenzione se così indicato dal medico

Ho potuto porre domande e ho ricevuto risposte esaurienti. Ho avuto il tempo necessario per decidere. So di poter revocare il consenso in qualsiasi momento, senza conseguenze sul rapporto con lo studio.

☐ ACCONSENTO **☐ NON ACCONSENTO**

NOTE DEL CASO / DOMANDE DEL PAZIENTE

FIRMA DEL PAZIENTE _____ FIRMA DELL'ODONTOIATRA _____ LUOGO E DATA _____

Rif. normativo: L. 219/2017, art. 1 · Codice di deontologia medica, artt. 33-35