



Dekan
Tel: + 387 33 44 32 69
Fax: + 387 33 44 33 95
e-mail: dentalschool@sf.unsa.ba
web stranica: www.sf.unsa.ba
Adresa: Bolnička 4a, Sarajevo 71000
Bosna i Hercegovina

Dean's Office:
Phone: + 387 33 44 32 69
Fax: + 387 33 44 33 95
e-mail: dentalschool@sf.unsa.ba
web page: www.sf.unsa.ba
Address: Bolnička 4a, Sarajevo
Bosnia & Herzegovina

OBRAZAC 1.

UPUTSTVO ZA PACIJENTE ZA OBAVLJANJE STOMATOLOŠKOG TRETMANA U OPŠTOJ ANESTEZIJI

Pacijent: _____ Roditelj/staratelj: _____

Svi pacijenti prije dolaska na stomatološki tretman u opštoj anesteziji trebaju uraditi slijedeće pretrage i pribaviti slijedeće saglasnosti:

1. Laboratorijska analiza krvi koja treba da sadrži: hemogram, ŠUK, Urea, Minerali, Transaminaze
2. Laboratorijska analiza urina
3. Koagulogram: APTT, PV, INR, broj TR, VK
4. EKG
5. Krvna grupa
6. RTG pluća sa očitanjem
7. OPG ili 3DCBCT snimak zuba

- Na osnovu obavljenih pretraga trebate dobiti:
8. Saglasnost pedijatra/interniste za stomatološki tretman u opštoj anesteziji
 9. Saglasnost anesteziologa za stomatološki tretman u opštoj anesteziji

Pacijenti iz drugih Kantona FBiH ili RS su na stomatološki konzilijarni pregled i operativni zahvat dužni donijeti još i:

10. Odluku o refundiranju troškova iz matičnog Zavoda zdravstvenog osiguranja
11. Uputnicu na Stomatološki fakultet sa Klinikama u Sarajevu.

Na osnovu obavljenih pretraga, kao i na osnovu anamneze i detaljnog fizikalnog pregleda, ljekar koji vodi osnovno oboljenje (pedijatar, internista) daje mišljenje da li se stomatološka intervencija može obaviti pod opštom anestezijom ili je potrebna dodatna priprema. **Saglasnost pedijatra/interniste** za stomatološki tretman u opštoj anesteziji mora biti u pisanoj formi, ovjerena faksimilom, a u sklopu mišljenja obavezno mora biti navedena i **dijagnoza osnovne bolesti**.

Sa navedenim nalazima i mišljenjem interniste/pedijatra, roditelj/staratelj/pacijent odlazi na 7.sprat centralnog medicinskog bloka Kliničkog Centra Univerziteta u Sarajevu na Kliniku za anesteziju i reanimaciju, gdje dežurni anesteziolog na osnovu nalaza, pregleda i eventualne dodatne dijagnostike daje **anesteziološku saglasnost za zahvat u opštoj anesteziji**, ukoliko za to nema kontraindikacija.

Nakon dobijanja internističke i anesteziološke saglasnosti, potrebno je da se kod glavne stomatološke sestre Stomatološkog fakulteta sa Klinikama u Sarajevu telefonski (br. tel: 033 214-249) najavite za **konzilijarni stomatološki pregled, koji se održava srijedom u 12 sati na Stomatološkom fakultetu sa Klinikama u Sarajevu** (prijemna ambulanta u prizemlju zgrade) gdje se izrađuje plan terapije i zakazuje termin za stomatološku intervenciju u opštoj anesteziji.

Roditelj/staratelj pacijenta sa poteškoćama u razvoju se obavezuje odgovornošću da u potpunosti informira internistu, anesteziologa i stomatologa o zdravstvenom stanju pacijenta, te da o tome prilože potrebnu medicinsku dokumentaciju.

VAŽNA NAPOMENA ZA PACIJENTE IZ DRUGIH KANTONA ILI RS!

Roditelji/staratelji pacijenata koji dolaze iz drugih Kantona su dužni obezbijediti vanbolnički smještaj (za pacijenta i sebe kao roditelja/staratelja) **u Kantonu Sarajevo za period od 24 sata poslije operacije**, kako bi u slučaju pojave poslijeoperativnih komplikacija bili u mogućnosti da se u što kraćem roku jave u **Hitnu pomoć Kantona Sarajevo** ili na **Kliniku za urgentnu medicinu (KUM) Kliničkog Centra Univerziteta u Sarajevu (KCUS)**.

PRIJE INTERVENCIJE:

Pacijent ne smije da jede i pije prije stomatološke intervencije u opštoj anesteziji najmanje 12 sati. Ukoliko se pacijent neposredno prije obavljanja intervencije razboli (prehlada, temperatura), intervencija u opštoj anesteziji se ne može izvesti, pa se mole roditelji/staratelji da obavezno na vrijeme otkazu intervenciju, kako bi u tom terminu moglo biti obavljeno stomatološko zbrinjavanje drugog pacijenta.

NA DAN INTERVENCIJE:

Prije same intervencije pacijent ne smije ništa da jede, ni pije, niti da uzima bilo kakve lijekove, osim po preporuci anesteziologa. Ukoliko pacijent uzima neku terapiju **neophodno je** konsultovati se sa anesteziologom o uzimanju terapije na dan operacije. Sa svakim pacijentom mora doći zdrav punoljetan pratilac, koji će biti upoznat sa detaljima o postanestetičkom ponašanju pacijenta. Neposredno prije dolaska na kliniku potrebno je isprazniti mokraćni mjehur, izvaditi zubne proteze, skinuti sočiva i ostala pomagala, odložiti sat ili nakit, skinuti lak za nokte.

NAKON INTERVENCIJE:

U dnevnoj bolnici pacijent ostaje najmanje dva sata, a prema potrebi duže. Osoba operisana u opštoj anesteziji ne smije da jede, niti da pije najmanje 2 sata poslije buđenja iz anestezije. Ishranu uvoditi postepeno sa mekanijom hranom i tekućinom koju će pacijent uzimati gutljaj po gutljaj. Naredna 24 sata ne ostavljati dijete/pacijenta bez nadzora. Pacijenti 24 sata poslije opšte anestezije ne smiju voziti automobil, motor, biciklo, ne smiju vršiti druge radnje koje zahtjevaju izrazitu motoričku koordinaciju, ne smiju raditi za mašinama koje mogu izazvati povrjeđivanje, ne trebaju donositi važne odluke. Nakon završetka stomatološkog tretmana u opštoj anesteziji pacijentu se preporučuje redovno održavanje oralne higijene.

Opšta anestezija poslijeoperativno uzrokuje prolaznu omamljenost, pospanost i ograničenu motoričku koordinaciju, a može često izazvati mučninu, povraćanje, grlobolju, bolove u mišićima, oscilacije srčanog ritma i/ili krvnog pritiska, te upalu i/ili modrice oko mjesta uspostave venskog puta. Teže komplikacije mogu dovesti do stanja opasnih po život. Ovisno od razmjera stomatološkog zahvata u opštoj anesteziji, mogu se desiti poslijeoperativne komplikacije u smislu bola, otoka, krvarenja, utrnulosti, infekcije, diskoloracije kože, povreda usana ili obraza. Neke komplikacije mogu zahtjevati dodatnu hospitalizaciju.

VAŽNO! U slučaju nastupanja poslijeoperativnih komplikacija nakon otpuštanja sa Stomatološkog fakulteta u Sarajevu javiti se odmah u Hitnu pomoć ili na Kliniku za urgentnu medicinu (KUM) Univerzitetskog Kliničkog Centra u Sarajevu (UKCS).

Potpisom potvrđujem da sam detaljno informiran o operativnom postupku, da sam na eventualna pitanja dobio zadovoljavajući i meni shvatljiv odgovor, da kao pacijent/roditelj/staratelj pristajem na stomatološki tretman u opštoj anesteziji mene/moga djeteta/moga štićenika, svjestan/svjesna rizika i mogućih komplikacija, te se obavezujem na slijeđenje preoperativnih i postoperativnih uputstava, svjestan/svjesna da nepoštivanje istih može ugroziti život pacijenta.

Potpis pacijenta ili roditelja/staratelja

JMBG _____

Sarajevo; _____