

Namn	Personnummer
Behandlande tandläkare, namn	

Anamnes, datum:

Hjärt- och cirkulationssjukdom <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Respirationssjukdom <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Blödningssjukdom <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Nerv-, muskelsjukdom <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Allergi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Psykisk sjukdom <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	B-vitaminbrist <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Gravid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kontraindikation för generell anestesi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Nyligen genomgången öron- eller ögonoperation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Porfyri eller malign hypertermi i familjen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Finns det någon i släkten som reagerat negativt vid narkos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Behandlande läkare konsulterad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Aktuell medicinering. Preparat	Övrigt	

Speciell anamnes

Tidigare odontologisk behandling under <input type="checkbox"/> Narkos <input type="checkbox"/> Bensodiazepiner <input type="checkbox"/> Lustgassedering

Preoperativ bedömning (Riskgruppering enl. ASA)

<input type="checkbox"/> 1. Fullt frisk	<input type="checkbox"/> 2. Lättare medicinska eller kirurgiska sjukdomstillstånd	<input type="checkbox"/> 3. Allvariga sjukdomstillstånd
<input type="checkbox"/> 4. Avancerade sjukdomstillstånd	<input type="checkbox"/> Anestesiolog konsulterad:	

Indikationer

<input type="checkbox"/> Behandlingsomognad (t.ex. låg ålder, sen utveckling, bristande uthållighet)	
<input type="checkbox"/> Rädsla baserad på tidigare egen negativ erfarenhet av tandvård och/eller medicinska behandling	
<input type="checkbox"/> Behandling som kräver generell analgesi (t.ex. för att genomföra beh. i flera kvadranter, vissa oralkirurgiska ingrepp eller depuration)	
<input type="checkbox"/> Generell rädsla	<input type="checkbox"/> Spruträdsla
<input type="checkbox"/> Behandling som underlättas av sedering	<input type="checkbox"/> Uttalade kväljningsbesvär
<input type="checkbox"/> Muskeltonusstörning	<input type="checkbox"/> Övrigt:

Förberedelse

Storlek på näsmask:

Datum:

Vikt (kg):

Matkarens (4 timmar fast, 2 timmar flytande föda):

Syremättnad före behandling:

Syremättnad under behandling:

Utförd behandling:

1. Introduktion, 2. Undersökning/rtg, 3. Lokalanestesi enbart, 4. Avtryck, 5. Förebyggande tandvård, 6. Scaling, 7. Restaurerande behandling, 8. Inslipning/kariesslipning, 9. Extraktion, 10. Endodonti, 11. Kirurgi, hårdvävnad, 12. Kirurgi, mjukvävnad, 13. Käkskadebehandling, 14. Tandskadebehandling, 15. Övrigt:

Genomförande (Ange dos och preparat under kommentarer)

1. Lustgas, 2. Peroralt, 3. Rektalt

I kombination med lokalanestesi

Underhållskoncentration N₂O %

Gasflöde under behandling l/min

Lustgassederingens längd i minuter

Sederingseffekt

1. Ej acceptans, 2. Vissa svårigheter, 3. Utan svårigheter

Vid acceptgrad 1 ange hur vidare behandling utförts

1. Avvaktan, 2. Konventionell behandling, 3. Preoperativ sedering, 4. Lustgassedering, 5. Narkos, 6. Övrigt

Komplikationer

I anslutning till behandling:

Efter behandling:

1. Illamående/kräkningar, 2. Huvudvärk, 3. Hyperventilation, 4. Orostillstånd, 5. Övrigt

Kommentarer

Datum:

Datum:

Datum:

Datum:

Datum: