ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
SEDASYON / GENEL ANESTEZİ
KONSÜLTASYON FORMU

Gönderen Doktor :

Konsültasyon Konusu :

Fakültemize tedavi için başvuran …… dosya numaralı …….. isimli hastamızın yapılan klinik ağız içi muayenesinde çok sayıda derin dentin çürüğü ve/veya acil müdahale gereken dişlerin varlığı tespit edilmiştir. Hastamıza klinik ortamda bu dişlerinin tedavileri yapılmaya çalışılmış; ancak hastanın kaygı ve korkusunun yüksek olması ve / veya yaşının küçük olması sonucu ortaya çıkan uyum problemleri nedeniyle diş tedavilerinin yapılmasında başarılı olunamamıştır. Bu nedenle **genel anestezi / sedasyon** altında diş tedavilerinin yapılması öngörülmüştür. Hastamızın **genel anestezi / sedasyon** altında tedavilerinin yapılabilmesi için gerekli tetkik, muayene ve testlerin yapılarak hastanın **genel anestezi / sedasyon** açısından uygun olup olmadığının değerlendirilmesi rica olur.

Anestezi Randevu Tarihi: ……/……./20….. …..…/…..…./20…..

Doktor Kaşe

İmza

Konsültasyon Cevabı :

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

…..…/…..…/20……

Doktor Kaşe
İmza

KONTROLLÜ DOKÜMAN