|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TNKÜ****AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI****UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI SEDASYON / GENEL ANESTEZİ****KONSÜLTASYON FORMU** | Doküman No: | EYS-FRM-252 |
| Hazırlama Tarihi: | 05.01.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 1 |

Gönderen Doktor :

Konsültasyon Konusu :

Fakültemize tedavi için başvuran …………… dosya numaralı isimli hastamızın yapılan

klinik ağız içi muayenesinde ............................................................................................................................................................. 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…..

Konsültasyon Cevabı :

Doktor Kaşe İmza

……………………………………………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………………………………………......

…..…./…..…./20…….

Doktor Kaşe İmza