

# Sederingsjournal

Blad nr

Namn: ..... Personnummer: .....	Behandlande tandläkare: .....
------------------------------------	-------------------------------

<b>Anamnes</b> <b>Datum:</b> _____ _____	_____
--	-------

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

**Speciell anamnes** Tidigare odontologisk behandling under narkos  lustgassedering  YIA

**Preoperativ bedömning** Tidigare preoperativ sedering under samma behandlingsperiod  Preparat:.....

Riskgruppering enl. ASA:  1. Fullt frisk  2. Lättare medicinska eller kirurgiska sjukdomstillstånd  
 3. Allvarliga sjukdomstillstånd  4. Avancerade sjukdomstillstånd  
 Anestesiolog konsulterad .....

**Indikationer**

Behandlingsomognad (t.ex. låg ålder, sen utveckling, bristande uthållighet)  
 Generell rädsla  
 Rädsla baserad på tidigare egen negativ erfarenhet av tandvård och/eller medicinsk behandling  
 Spruträdsla  
 Beh. som kräver generell analgesi (t.ex. för att genomföra beh. i flera kvadranter, vissa oralkir. ingrepp eller depurat.)  
 Behandling som underlättas av sedering  
 Uttalade kväljningsbesvär  
 Muskeltonusstörning (t.ex. spasm, tremor)  
 Övrigt: .....

**Förberedelse**

Storlek på näsmask ..... Datum: 

--	--	--	--	--

Vikt (kg) 

--	--	--	--	--

Matkarens (4 tim fast, 2 tim flytande föda) 

--	--	--	--	--

**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**

För 2-5 anges dos och preparat under kommentarer

1. Lustgas 2. Peroralt 3. Rektalt 4. Övrigt .....

I kombination med lokalanestesi

Underhållskoncentration N<sub>2</sub>O % 

--	--	--	--	--

Gasflöde under behandling l/min 

--	--	--	--	--

Lustgassederingens längd i minuter 

--	--	--	--	--

**Acceptgrad**

1. Accepterar ej sedering eller tandbehandling 

--	--	--	--	--

2. Behandlingen går att genomföra men med vissa svårigheter 

--	--	--	--	--

3. Behandling går att genomföra utan svårigheter 

--	--	--	--	--

Vid acceptgrad 1 ange hur vidare behandling utförts 

--	--	--	--	--

**Komplikationer**

I anslutning till behandling 

--	--	--	--	--

Efter behandling 

--	--	--	--	--

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

**Kommentarer**

Datum: .....

Datum: .....

Datum: .....

Datum: .....

Datum: .....