

兒童麻醉需知

亞歷塔格醫生

具公會發給合格證書麻醉師

906 El Cajon Way, Palo Alto, CA 94303-3408

留言: (650) 856-7819 傳真 (650) 856-7909

<http://www.drtag.com>

齒部麻醉簡介

從前麻醉受管於醫院，如今我以精密儀器創建出一個方便且安全的診所提供齒部麻醉。您的孩子不僅無需經歷上醫院所帶來的不便與費用，於此對齒部治療的過程也可以做到毫無感覺或將感覺降到最低。

為了您孩子的麻醉程序，我會精確且安全地使用最新科技的儀器。因為無需支付醫院高昂的費用，與醫院相較，同樣的醫療程序可以讓您節省上千美元的金錢。

加州牙醫公會對於齒部麻醉師有嚴格的管理，並執行嚴格的標準說明麻醉所需使用之特殊麻醉器具和藥劑為何。我總是超越這些標準，使用最先進，最精密，與醫院同級的器具和監視螢幕器材。

孩子麻醉過後有何影響？

牙齒治療後，孩童們通常很快就從麻醉中醒來，不會感到疼痛，些許恍惚，而得到充分的休息。一般來說，療程結束二十分鐘後病人即可離開。通常在當天會有睡意，吃一餐清淡的食物，第二天精神完全恢復。以我所使用的麻醉方法來說，鮮有狀況出現。

孩子的麻醉由誰進行？

所有麻醉程序皆我親自進行，您的孩子由我全程親自監督直到可以出院回家。鮮有像我這樣的醫生替牙醫病人施打麻藥。一般來說，需要麻醉時，是由牙醫所提供。多年來在複雜手術時照顧重病兒童與成人所累積的行醫經驗，使我的醫術純熟。將您的孩子交予我照料您大可放心。

我畢業於史丹佛大學生物物理與生物化學系並取得學士學位，之後於加州大學舊金山醫學院(UCSF)完成學業以及四年之專業麻醉訓練。此項訓練普遍被認為世上數一數二的訓練課程。我在UCSF與史丹佛大學醫學院服務過並且發表過十九篇科學文章，以及學術摘要和書籍章節。在齒部麻醉領域，我經驗廣泛，並由加州牙醫公會發給「全身麻醉證書」。

須知

在來診進行牙齒治療的前一兩天，我將會與您連絡詢問關於您的孩子是否有任何健康上的問題，更正飲食計畫，並討論關於專屬您孩子的麻醉程序之細節。

診療當天，父母通常陪同孩子到麻醉室。您的孩子坐在父母大腿上，我邊講一個小故事，孩子邊吸入幾口泡泡糖口味的麻醉氣體而後睡著。父母回到等候區後，我以無痛的方式開始孩童專用的點滴，接上監視器材，把麻藥加重到所需的濃度。

對於行動不便或不能合作的病人，尚在等候區時我就可能開始麻醉的程序，將麻藥由孩子的手臂注射進體內。感覺像是打預防針。三分鐘後，您的孩子將感到睏意並且對於接下來的任何事都不會有記憶。

治療結尾時，牙醫會在等候區與您討論已做的治療。我會繼續觀察您的小孩，並在他/她一醒過來就會讓你們見面。雖然您的孩子可能會鬧脾氣，但長期的副作用是沒有的。

麻醉前需做事項

飲食:為了安全起見，您的孩子務必空腹。麻醉昏迷時若發生嘔吐有可能對生命造成危險。因此來診當天麻醉前的八個小時千萬不可進食或是飲用牛奶。萬一孩子進食，麻醉則需改期。直到來診前三小時而止，可以食用有色膠質食物，也可以喝水、運動飲料、蘋果汁或其他透明且無果肉之飲料。

比如說，到診時間為早上九點，六點以前您的孩子可以飲用透明液體，六點以後就不行。來診當天請一位大人務必看好孩子確定他/她不進食。千萬不要讓孩子離開大人的視線也不要把孩子送去學校或托兒所。

疾病:您的孩子如遇有咳嗽、嘔吐或發燒的情形，請打電話到辦公室或打我呼叫器以便我與您對於情況加以討論，決定麻醉是否能如期進行。

藥物:如果您的孩子有服用醫師處方之藥物，來診當天請繼續服用。如果是口服藥，讓您的孩子用一小口的水服用之。如果是氣體吸入劑則比照平時服用。

衣物:為了麻醉順利，請穿著寬鬆易脫之衣物。與皮膚接觸的衣物須要是短袖的。請準備可供更換之衣物與一條能保暖的毯子。需要的話，讓您的孩子穿上尿布並額外準備另一套乾淨的尿布。

大人陪同:一位負責的大人需陪同孩子到診並全程待在診所。

麻醉後須知事項

監督:麻醉藥物可能會有嗜睡和平衡感降低的副作用。因此在麻醉後的十二個小時您的孩子必須由一位負責的大人親自照料。請讓您的孩子充分休息並仔細觀察其狀況直到完全康復。不可讓孩子游泳、騎腳踏車、溜滑板或與其他孩子玩耍。

飲食:前幾個小時只可以服用液體。先餵食開水，然後再餵食透明的果汁。如果有拔牙，請勿用吸管。餵食液體後可以餵食稀軟的食物。如果您的孩子不餓，請勿強行餵食，不過請儘量讓孩子多喝液體。

費用安排

估計麻醉費用取決於牙醫師預計所需的診療時間加上四十五分鐘的費用。實際價格可能高於或低於預估的價錢，需要看完成診療實際上花多少時間。最低費用是兩個小時的收費。十歲或十歲以上的病人，其麻醉費用較高，因此每次麻醉需付額外的費用。為了確認您的麻醉程序，請您支付訂金。餘額在治療完成時付清，可以使用萬事達卡(MasterCard)、Visa卡或現金。

麻醉費與牙醫費是分開的，不過雖然大部份的牙醫治療都不包括此項費用，七歲以下之兒童以及其他有特殊疾病或殘障的兒童及大人，若其為非綜合醫療保健組織non-HMO(以及一些綜合醫療保健組織)的保險客戶，其費用則包括在內。

“竭誠希望能為您的牙齒治療提供協助。如您欲與我談論，請電留言專線，我將盡快給您回電”

塔格行動麻醉

906 El Cajon Way, Palo Alto, CA 94303
電話: (650) 856-7819 傳真: (650) 856-7909

以下之同意書提供未成年孩童之父母關於麻醉時所進行的治療大致上有何選擇及風險之資訊。用意並非使父母擔心，而是提供訊息幫助父母對於治療做出決定。麻醉有四種(無麻醉, 輕度麻醉, 以及深度/全身麻醉)皆可以受管於醫院、門診中心、或是私人診所，端賴病人的醫療需求而定。

兒童齒部麻醉同意書

選擇局部/全身麻醉因情況及我孩子的年齡而有所不同，包括不使用麻醉藥、放鬆療法或是局部麻醉。因為我孩子年齡太小這些方法在治療過程中不能有效地被使用，所以並未被採用。我明白為了我孩子的安全與舒適起見與牙齒治療的順利完成，麻醉藥的使用是必須的。

我承認藥物並非十全十美的科學，對於治療的成果沒有人有辦法對我做出保障。我明白我孩子的麻醉藥物是由亞歷塔格醫生施打，麻醉藥的使用雖然大致上被認為是安全的，可是意外的嚴重問題也有可能但極少發生。這些不大可能發生的問題包括，卻不僅止於，肺炎或其他肺部問題、呼吸困難、藥物副作用、可醫治或永久的腦部傷害、心臟病或死亡。我明白在治療我孩子的過程中意外的狀況有可能發生，如遇此情況，我授權於塔格醫生做出他覺得需要的額外療程。

我已收到並明白麻醉前與麻醉後的須知事項。我也明白麻醉服務是完全獨立於看診的牙醫師，因此麻醉師對麻醉昏迷時所做的手術/牙齒治療無需負責，而牙醫師對麻醉也無需負責。

我已有機會提出問題，也已得到滿意的回答與資訊。直到麻醉開始之前，我有權在任何時候取消此同意書。

我，_____，同意麻醉藥的使用及/或全身麻醉給予 _____
(父母其中一方或法定監護人姓名) (孩子姓名)

以便進行牙齒重建及/或口腔手術於 _____
月 日 年

我已閱讀並瞭解麻醉同意書

父母其中一方簽名: **X** _____

證人簽名: **X** _____ 證人姓名: _____

日期: _____ 時間: _____

押金\$500.00不可退款 信用卡付款單

日期: _____ 持卡人姓名: _____
姓 名

於下列簽名表示馬上授權於亞歷塔格醫生進行一筆\$500.00商業行為之信用卡交易，此筆款項是上列麻醉費用之不可退還之押金。如果麻醉程序因為病人在同意之時間無法來診或未遵循麻醉前須知事項所提之飲食規定，導致麻醉無法如期進行，押金將受到沒收。此筆押金可用於未來之麻醉費用如果塔格醫生認定病人健康狀況太差而無法如期進行麻醉。

僅收Visa或MasterCard

僅收Visa或MasterCard

信用卡卡號: _____ - _____ - _____ - _____ 到期日: ____ / ____

持卡人簽名: **X** _____

以下勿填寫:

發票 #: _____ 郵寄日: _____ 批准 #: _____ - _____ - _____ - _____ - _____