



Sol·licitud d'ampliació de l'autorització de la clínica dental : Sedació (cma)*

Dades del sol·licitant

Nom i cognoms del titular del centre			DNI
Adreça			Municipi
Codi postal	Telèfon	Fax	Adreça electrònica

Dades del centre o servei

Nom de la clínica dental			Codi oficial del centre
Adreça			Número/escala/pis/porta/...
Codi postal	Municipi	Província	Telèfon 1
Telèfon 2	Fax	Adreça electrònica	Web
Nom i cognoms del responsable sanitari del centre			DNI

Documentació que cal adjuntar

- Relació de l'utilatge específic per a la sedació
- Còpia del model d'informació que s'entrega al pacient per obtenir el seu consentiment
- Còpia de les recomanacions pel pacient pel preoperatori i post-operatori
- Declaració jurada de que la clínica dental disposa d'un protocol pel cas de possibles incidències
- Compromís d'actuació d'un anestesiològ i còpia compulsada de la seva titulació
- Còpia de l'assegurança de responsabilitat civil de l'anestesiològ
- Nom i adreça de l'hospital de referència
- Còpia de la resolució de l'autorització del dipòsit de medicaments, en el seu defecte còpia registrada de la sol·licitud de l'autorització

Observacions

Signatura del sol·licitant

Sr:

en qualitat de:

Data