

موافقة المريض على بدء علاج العصب

اسم المريض	:	Reshma Siya	:	هوية الإمارات	:	784-6478-3648736-8
رقم الملف	:	4	:	تاريخ الميلاد	:	1995-05-21
جنس	:	Female	:	اسم الطبيب	:	Alan Alfred
	:		:	تاريخ	:	2024-02-15
	:		:	جنسية	:	Other

يتم تقديم المعلومات التالية بشكل روتيني إلى أي شخص يود علاج تقويم الأسنان في عيادتنا. عندما ندرك فوائد الإبتسامه المُرضية والأسنان الصحية يجب أن تكون أيضاً على علم أن علاج تقويم الأسنان مثل اي علاج آخر في الجسم لديه بعض المخاطر الكامنة والقيود. هؤلاء نادراً ما يجعلون نتيجة العلاج غير مرضية بما فيه الكفاية، ولكن ينبغي النظر فيها لإتخاذ قرار بدء علاج تقويم الأسنان

النظر فيها لإتخاذ قرار بدء علاج تقويم الأسنان

مسؤوليات المريض:

- فمن مسؤولية المريض متابعة تنظيف الأسنان بالفرشاة والالتزام بتعليمات نظافة الفم التي تعطى لكم ، بذلك لن يكون هناك ضرر بالأسنان والأنسجة المحيطة بها
- أن يلتزم المريض بجميع المواعيد في اليوم والوقت المناسب
- أن يلتزم باستخدام الأجهزة الرأسية ، المطاط و أجهزة التثبيت إذا كانت ضرورية ، بحيث يكون وقت العلاج قصير قدر الإمكان وحتى تتمكن من تحقيق أفضل نتيجة
- سيكون هناك رسوم تقويم الأسنان إضافية لاستبدال الأجهزة (المثبت أو التقويم) التي تضع أو تلف بسبب إهمال المريض المتكرر، أو أي تمديد مفرط للعلاج بسبب عدم وجود عملية تعاون مع المريض
- 100% تعاون المريض مهم جداً

حقوق المريض:

- حق الرفض أو عدم إكمال العلاج
- والحق في أن يكون على علم حول نتائج قرار المريض لرفض أو التوقف عن العلاج وبشأن الرعاية وبدائل العلاج المتاحة

نظافة الفم:

الكلس ، التسوس أو أمراض اللثة يمكن أن تحدث إذا كان المريض لا يعمل على تفريش أسنانه بشكل صحيح ودقيق خلال فترة العلاج. و الالتزام بنظافة الفم وإزالة الفلج أمر لا بد منه. يجب التقليل من السكريات والوجبات الجانبية قدر الإمكان

الأسنان غير الحيوية أو الممتة هو احتمال:

الأسنان التي اصبحت لصدمة من حشوة عميقة أو حتى ضربة يمكن أن تموت على المدى الطويل من الزمن مع أو بدون علاج تقويم الأسنان. الأسنان الغير حيوية التي لم يتم الكشف عنها يمكن أن تظهر خلال حركة تقويم الأسنان، وعندها يجب اجراء علاج سحب العصب للحفاظ عليه

إمتصاص الجذر:

في بعض الحالات، يتم تقصير النهايات الجذرية للأسنان اثناء العلاج. هذا ما يسمى إمتصاص الجذر. في ظل الظروف الصحية إمتصاص الجذر ليست ضارة. ومع ذلك في حالة أمراض اللثة لاحقاً على مدى العمر يمكن لإمتصاص الجذر أن يقلل من عمر الأسنان المتضررة. يجب معرفة أن ليس كل امتصاص جذري ينشأ من علاج تقويم الأسنان. الصدمات، الجروح ، الإلتهاب ، إصابات الغدد الصماء وأسباب مجهولة يمكن أيضاً أن تسبب امتصاص الجذور

قضايا النمو:

أحياناً الشخص الذي نمى بشكل طبيعي وفي نسب متوسطة قد لا يستمر بالقيام بذلك.إذا أصبح النمو غير متناسب، يمكن أن تتأثر علاقة الفك وأهداف العلاج الأصلي قد تكون عرضة للخطر. تنافر نمو الهيكل العظمي هي عملية بيولوجية خارجة عن سيطرة علاج تقويم الأسنان. بعض مرضى تقويم الأسنان يحتاجون الى جراحة الفم للحصول على نتيجة علاج معقولة لحالتهم . معظم المرضى ضعيفي النمو ، ضعيفي الإستجابة للعلاج أو ضعيفي التعاون يمكن أن يحتاجون لجراحة الفم لاستكمال حالتهم

أنسجة اللثة:

علاقة عظام اللثة حول الأسنان يعتمد دائماً على ما إذا كان هناك ما يكفي من العظام لدعم أنسجة اللثة بشكل صحيح. مرات عديدة عندما تكون الأسنان مزدحمة جداً ويتم تقويمها يصبح هناك نقص في العظام التي تدعم الأنسجة المحيطة بالأسنان وبالتالي كفاف أنسجة اللثة والدعم قد لا يكون كافى ويتطلب تدخل باللثة

وقت العلاج:

الوقت الاجمالي من العلاج يمكن أن يتأخر بما يتجاوز تقديراتنا. نقص أو ضعف النمو الوجهي ، عدم التعاون في استعمال المطاط أو الأجهزة الرأسية ، كسر الاجهزة أو التغير عن المواعيد كل هذه عوامل مهمة يمكا أن تعمل على إطالة مدة العلاج و تأثر على النتيجة المتوقعة

أجهزة إضافية للفم:

يجب أن تتبع التعليمات بكل حذر، الأجهزة الخارجية التي يتم سحبها الى الخارج عند ارفاق القوة المرنة يمكن أن يسبب ضرراً للوجة أو العينين. ومع ذلك، فإننا نستخدم أجهزة مع مكملات تعطي ميزة السلامة للحد من هذا الاحتمال. دائماً تذكر ازالة القوة المطبقة قبل ازالة القناع الوجهي من أسنانك. لتقليل احتمال الإصابة ، يجب عدم ممارسة الرياضة والأنشطة المشابهة حين ارتداء الأجهزة الراسية

المفصل الفكى الصدعى:

قد تحدث مشكلة للمفصل الفكى الصدعى . على الرغم من أنها نادرة، إلا انها ممكنة. محاذات الاسنان أو تصحيح إطباق الأسنان احياناً يمكن أن يعمل على تحسين الأسباب ذات الصلة بالآلام المفصل الفكى الصدعى ولكن ليس في جميع الحالات. يلعب التوتر دوراً في تواتر وشدة آلام المفاصل ويوجد هناك العديد من العوامل المسببة للاختلال الوظيفي للمفصل الفكى الصدعى

حالات عادية جداً:

ابتلاع الأدوات ، تكسر الأسنان ، وقوع الحشوة و الحساسية من اللانكس أو النيكل قليلا ما تحدث ولكنها ممكنة

التوقعات:

جميع مرضى تقويم الاسنان يستطيعون توقع التحسن في حالة أسنانهم الخاصة لكن في العديد من الحالات الكمال أو التحسن المطلق مستحيل بسبب نقص توازن العضلات ، شكل وحجم الأسنان واختلاف درجة التعاون اثناء العلاج بالإضافة الى جانب العوامل الوراثية التي تؤثر على نتيجة العلاج للجميع

الإنكاس:

تميل الأسنان للعودة إلى وضعهم الأصلي بعد علاج تقويم الأسنان هذا ما يسمى بالإنكاس. المشاكل الشديدة جداً لها نسبة ميل للإنكاس والمنطقة الأكثر شيوعاً هي الأسنان الأمامية السفلى. بعد إزالة التقويم يتم وضع مثبت لتقليل نسبة الإنكاس. التعاون في ليس المثبت هو أمر ضروري. سنقوم بعمل تصحيحنا بأعلى المعايير وفي كثير من الحالات علاج الحالة أمر ضروري لاستيعاب ميول الارتداد. إذا توقف المريض عن استخدام المثبت فإن نسبة من الانتكاس يمكن أن تحدث

أوافق على التقاط الصور الفوتوغرافية، نماذج الدراسة والاشعة السينية قبل ، خلال وبعد علاج تقويم الأسنان للمساعدة في الخطة وبرنامج العلاج. اذا اثبت أن الحالة ذات أهمية خاصة سيحتفظ الطبيب بالحق في تقديم السجلات أو الأوراق العلمية للمناقشة مع الأخصائيين

أقر بأنني قد قرأت أو قُرا لي محتويات هذا النموذج وملاحظة المخاطر و القيود التي ينطوي عليها ذلك والموافقة على علاج تقويم الأسنان

في حالة أنني أود التوقف عن العلاج، فقد تم إبلاغي وفهمت المخاطر المرتبطة مع ترك حالتي بدون علاج، ادرك أن صحتي العامة قد تتأثر بقراري . لذا لن أقوم بتحميل الطبيب ، طاقم العمل أو أي شخص مرتبط بممارسة طب الأسنان المسؤولية للتغير الذي سيحصل لصحتي العامة الناتج عن هذا الشرط . لقد أتيت لي الفرصة لطرح اسئلة حول حالتي، خيارات العلاج و رفض العلاج. لقد قام مزود الموقع ادناه الإجابة على جميع أسئلتي. لقد فهمت النطاق الكامل للوضع وأنا اخذ قرار الموافقة

استمارة الموافقة المسبقة:

لقد أتيت لي الفرصة لطرح أي أسئلة بخصوص طبيعة والغرض من علاج تقويم الأسنان وقد تلقيت إجابات مرضية. أنا طوعاً اتحمل جميع المخاطر المحتملة ، بما في ذلك خطر حدوث ضرر كبير، إن وجد، والذي قد يرتبط بأي مرحلة من مراحل العلاج ، على أمل الحصول على النتائج المرجوة، والتي من الممكن أو غير الممكن تحقيقها. الرسوم (إن وجدت) لهذه الخدمة لقد تم شرحها وهي مرضية. من خلال التوقيع على هذا النموذج أنا أعطي بحرية موافقتي للسماح للدكتور Alan Alfred أو/ و أحد مساعديه لتقديم العلاج لتقديم العلاج أو أي دواء و /أو التخدير الذي يعتبر ضروري للعلاج

- لقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة وملت بالموافقة على العلاج المقترح كما هو موضح أعلاه
- لقد قمت برفض إعطاء الموافقة للعلاج المقترح كما هو موضح أعلاه وقد تم شرح العواقب المحتملة المرتبطة بالرفض

قم بالتوقيع هنا فقط إذا تمت الموافقة على جميع الأسئلة		
مريض	شاهد	طبيب
		
اسم المريض Reshma Siya تاريخ 2024-02-15	اسم الشاهد gfbnfghbgfh تاريخ 2024-02-15	Alan Alfred - Dental (GD10001) تاريخ 2024-02-15

