

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	:	2024-03-02
	:		:	جنسية	:	Other

التشخيص: fgfg

السن: dfgdfg

أوافق طوعاً على علاج الأسنان (علاج العصب) الموصى به. وأنا أفهم أن الهدف من علاج العصب هو لإنقاذ الأسنان التي قد تتطلب من ناحية أخرى إلى الخلع. على الرغم من أن علاج العصب لديه نسبة نجاح عالية جداً، فهو إجراء بيولوجي، والذي لا يمكن ضمان نتائجه. وعلاوة على ذلك، يتم تنفيذ علاج العصب لتصحيح مشكلة واضحة وأحياناً غير مشخصة أو تظهر مشاكل خفية. وأنا أفهم أن هذا الإجراء لن يمنع تسوس الأسنان في المستقبل أو إمكانية حدوث كسر ، وأنه في بعض الأحيان الأسنان التي لديها علاج العصب قد تتطلب إعادة العلاج، جراحة أو خلع الأسنان

وقد شرح لي العلاج تماماً بما في ذلك المخاطر التي تنطوي عليها. وقد أبلغت أن المضاعفات قد تشمل التالي، ولكن لا تقتصر عليها :

(أ) انتفاخ اللثة مع الأدوات، والتيمكن أن تؤدي إلى الحاجة إلى الجراحة العصبية و خلع الأسنان.

(ب) انكسار الأداة في القناة، والتي قد تتطلب إعادة العلاج، جراحة العصب أو الخلع.

(ت) الشفاء غير الكامل، والتي قد تتطلب إعادة العلاج / أو جراحة العصب و الخلع.

(ث) عدوياً بعد الجراحة، والتي قد تتطلب علاجاً إضافياً / أو استخدام المضاد الحيوي.

(ج) كسر الأسنان، التي قد تتطلب علاجاً إضافياً و خلع الأسنان.

(ح) التحول إلى ألواناً إذا حدثت أي صعوبة بتغيير متوقعة أثناء العلاج.

(خ) الشعور بعدم الارتياح بعد العلاج.

وأن أدرك أن حالة الأسنان سوف تزداد سوءاً وأن المشاكل الطبية الأخرى يمكن أن تتطور إذا لم يتم تنفيذ الإجراء الموصى به

خياراً آخر للعلاج:

قد تكون خيارات العلاج الآخر ممكنة كالتالي:

(أ) عدم العلاج على الإطلاق.

(ب) انتظار المزيد من التطور للأعراض.

(ت) الخلع : ليحل محله إما لا شيء ، طقم أسنان ، جسر أو زراعة أسنان.

بعد الانتهاء من علاج العصب، سيتم إحالتك إلى طبيب الأسنان الخاصة بالترميم الدائم (حشوات، تيجان، تلبيس). الفشل في الحصول على اسنان مرممة بشكل صحيح يزيد بشكل كبير من إمكانية الإصابة بالعدوى مرة أخرى، فشل إجراء علاج العصب و / أو كسر الأسنان

أوافق على التقاط الصور الفوتوغرافية، التصوير والتسجيل و الأشعة السينية بشرط لا يتم الكشف عن هويتي

.وأن أفهم أن جميع الأدوية محتمل أن يكون لديها مخاطر مصاحبة، وآثار جانبية وتفاعلات الأدوية. ولذلك فمن الأهمية أن أخبر طبيب الأسنان الخاص بي بجميع الأدوية التي استخدمها حالياً

في حالة أنني أود التوقف عن العلاج، فقد تم إبلاغي وفهمت المخاطر المرتبطة مع ترك حالتي بدون علاج، أدرك أن صحتي العامة قد تتأثر بقراري . لذا لن أقوم بتحميل الطبيب ، طاقم العمل أو أي شخص مرتبط بممارسة طب الأسنان المسؤولية للتغيير الذي سيحصل لصحتي العامة الناتج عن هذا الوضع . لقد أتيت لي الفرصة لطرح أسئلة حول حالتي، خيارات العلاج و رفض العلاج. لقد قام مرود 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 العصب 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 أو أي دواء و /أو التخدير الذي يعتبر ضروري للعلاج

○ لقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة و قمت 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

<div></div>		
(Alan Alfred - Dental (GD10001 تاريخ 2024-03-02	هوية الشاهد fgfdg تاريخ 2024-03-02	اسم المريض Reshma Siya تاريخ 2024-03-02

