

موافقة المريض على بدء القشرة الخزفية

اسم المريض	:	Reshma Siya	:	هويه الإمارات	:	784-6478-3648736-8
رقم الملف	:	4	:	تاريخ الميلاد	:	1995-05-21
جنس	:	Female	:	اسم الطبيب	:	Alan Alfred
	:		:	تاريخ	:	2024-02-27
	:		:	جنسية	:	Other

التشخيص:

NA

حقائق يعين الإعتبار

القشور الخزفية (العدسات ، هوليود سمايل) هي قشور رقيقة تصنع بطريقة مخصصة من الخزف لتلصق على الجزء الأمامي من الأسنان لتغيير لونها ، شكلهم ، حجمهم أو طولهم

علاج الأسنان الأمامية باستخدام القشور الخزفية يتطلب في أغلب الحالات إزالة طبقة رقيقة من مينا الأسنان لتوفير مساحة كافية للتلصق القشور. وهذه العملية لا رجعة فيها

إعداد القشرة الخزفية يتطلب مرحلتين 1- اعداد الأسنان وأخذ طبعة رقيقة لإرسالها الى المختبر. 2- تعديل وتثبيت القشرة عندما يتم التحقق من شكلها ووظيفتها

وإذ القشرة الخزفية ، لا تقتصر على ما يلي:

وعادة ما تستخدم القشرة للأسنان التي بتغيير لونها، إما بسبب علاج قناة الجذر، والبقع من التتراسيكلين أو أدوية أخرى، والفلورايد الزائد أو وجود حشوات الكمبيوتر الضوئية الكبيرة و التي أحيانا ما تغير لون الأسنان. القشرة يمكن أن تحمي الأسنان المكسورة. و يمكن استخدامها لأغراض جمالية أخرى كإصلاح الأسنان المنحرفة، المتفاوتة أو غير منتظمة الشكل، وإغلاق المسافة بين الأسنان التي لديها فجوات بينهما

مخاطر القشرة الخزفية ، لا تقتصر على ما يلي:

نا أفهم أن إعداد الأسنان للقشرة سوف يتضمن إزالة المينا من سطح الأسنان المعنية. و قد يؤدي هذا التحضير إلى تهيج الأنسجة العصبية (تسمى اللب) في وسط السن، مما يجعل أسناني حساسة للحرارة أو البرد أو الضغط. قد تتطلب الأسنان الحساسة علاج إضافي بما في ذلك علاج (قناة الجذر)

أنا أفهم أن ترك فمي مفتوح أثناء العلاج قد يترك شعور مؤقت بالتصلب والألم في مفصل وعضلات الفك وقد يجعل من الصعب بالنسبة لي فتح فمي بشكل واسع لعدة أيام. و أحيانا يمكن أن يكون ذلك مؤشرا على وجود مشكلة أخرى. يجب أن تبلغ العيادة الخاصة بك إذا حصل هذا أو غيرها

أنا أفهم أن القشور عادة لا تكون قابلة للإصلاح في حالة التشقق أو الكسر. وقد يكون هناك ما يبرر الحاجة إلى استبدالها أو حتى اللجوء الى التاج الكامل للتغطية

أدرك أن القشرة قد لا تتطابق تماما مع لون أسناني الأخرى. أيضا، لا يمكن تغيير لون القشرة ما إن وُطعت على السن

وأنا أفهم في حين أنه من غير المحتمل أن تتحرك القشرة من مكانها وتسقط. ولتقليل فرصة حدوث ذلك، لا ينبغي أن أعرض أطرافي، مضغ على أقلام الرصاص، الثلج أو غيرها من الأشياء الصلبة، الضغط الغير طبيعي على أسناني. كما أن طحن الأسنان أو كرمها قد يتسبب في انزلاق القشرة

أنا أفهم أن القشرة سوف توضع بالقرب من خط اللثة، وهي في منطقة عرضة لتهيج اللثة، والعدوى. لذلك فإن تفريش الأسنان واستخدام الخيط، والنظام الغذائي الصحي والتنظيف في العيادة المنتظم هي بعض التدابير الوقائية الضرورية للمساعدة في السيطرة على هذه المشاكل

نا أفهم أن هناك خطرا من الشفط (الاستنشاق) أو بلع القشرة أثناء العلاج

أنا أفهم أنني قد أتلقى مخدر موضعي و / أو أدوية أخرى. في حالات نادرة، قد يكون لدى المريض رد فعل تجاه المخدر، والتي قد تتطلب الرعاية الطبية الطارئة، أو تجد أنه يقلل من قدرتها على السيطرة على البلع. هذا يزيد من فرصة طبيعية بلع الأجسام الغريبة أثناء العلاج. اعتمادا على التخدير والأدوية التي تعطى، قد أحتاج إلى سائق معين لأأخذني إلى المنزل. نادرا، إصابة العصب تكون مؤقتة أو دائمة التي يمكن أن تنتج عن الحقن

نا 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 حاليا

.وأنا أفهم أن كل جهد سيذل لضمان نجاح علاجي

بدائل القشرة الخزفية، لا تقتصر على ما يلي:


وأنا أفهم أنني أقوم باختيار وضع القشرة اعتماداً على الأسباب ، قد توجد بدائل، بما في ذلك تقويم الأسنان لمحاذاة الأسنان. لقد أتيت لي الفرصة لطرح أي أسئلة فيما يتعلق بالإجراءات ومخاطرها ومنافعها وتكاليفها وقد تلقيت إجابات مرضية. أوافق على التقاط الصور الفوتوغرافية، التصوير والتسجيل و الأشعة السينية بشرط لا يتم الكشف عن هويتي

ومن مسؤولية المريض أن يلتزم بالانتباه في حالة حدوث أي مشاكل غير ضرورية أو غير متوقعة. يجب على المريض اتباع جميع التعليمات، بما في ذلك جدول وحضور جميع المواعيد. لقد أتيت لي الفرصة لطرح أسئلة حول حالتي، خيارات العلاج و رفض العلاج. لقد قام مزود الموقع أدناه بالإجابة على جميع أسئلتي. لقد فهمت النطاق الكامل للوضع وأنا أخذ قرار الموافقة

استمارة الموافقة المسبقة:

لقد أتيت لي الفرصة لطرح أي أسئلة بخصوص طبيعة والغرض من علاج القشرة الخزفية 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 وقمت 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		
طبيب	شاهد	مريض
		
(Alan Alfred - Dental (GD10001 تاريخ 2024-02-27	اسم الشاهد ertret تاريخ 2024-02-27	اسم المريض Reshma Siya تاريخ 2024-02-27

