

موافقة المريض علىبدء علاج العصب

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	:	2024-02-15
	:		:	جنسية	:	Other

#التشخيص:erret

#السن:ertert

أوافق طوعا على علاج الأسنان (علاج العصب) الموصى به. وأنا أفهم أن الهدف من علاج العصب هو لإنقاذ الأسنان التي قد تتطلب من ناحية أخرى الى الخلع. على الرغم من أن علاج العصب لديه نسبة نجاح عالية جدا، فهو إجراء بيولوجي، والذي لا يمكن ضمان نتائجه. وعلاوة على ذلك، يتم تنفيذ علاج العصب لتصحيح مشكلة واضحة وأحيانا 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 تماما بما في ذلك المخاطر التي تنطوي عليها. وقد أبلغت أن المضاعفات قد تشمل التالي، ولكن لا تقتصر عليها :

(أ)انتقالبالقناةمعالأدوات،والتييمكنأنتؤديإلىالحاجةإلىجراحةالعصبأولخلعالأسنان.

(ب)انكسارالأداةفيالقناة،والتيقدتتطلبإعادةالعلاج،جراحةالعصب أوالخلع.

(ت)الشفاءغيرالكامل،والتيقدتتطلبإعادةالعلاجو / أو جراحةالعصبأوالخلع.

(ث)عدومابعدالجراحة،والتيقدتتطلبإعلاجإضافيو / أو استخدامالمضاداتالحوية.

(ج)كسرالأسنان،التيقدتتطلبإعلاجإضافيوخلعالأسنان.

(ح)التحويلإلىأخصائيإذحدثتأصعوباتغيرمتوقعةأثناءالعلاج.

(خ)الشعور بعدم الارتياح بعدالعلاج.

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

خيارأناأخربلللعلاج:

قدتكونخياراتالعلاجالأخرىممكنة كالتالي:

(أ)عدم العلاج على الإطلاق.

(ب)انتظارالمزيدمنالتطورللأعراض.

(ت)الخلع : ليحل محله إما لا شىء ، 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

.وأنا 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

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 الوضع . لقد أتيت لي الفرصة لطرح اسئلة 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

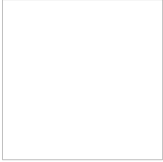


استمارة الموافقة المسبقة :

لقد أتيت لي الفرصة لطرح أي أسئلة بخصوص طبيعة والغرض من علاج العصب وقد تلقيت إجابات مرضية. أنا طوعا 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 للدكتورAlan Alfredأو/ و أحد مساعديه لتقديم العلاج أو اي 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		
مريض	شاهد	طبيب

		
(Alan Alfred - Dental (GD10001 تاريخ 2024-02-15	هوية الشاهد retretret تاريخ 2024-02-15	اسم المريض Reshma Siya تاريخ 2024-02-15

