موافقة المريض على بدء علاج حشوات الأسنان								
			784-1991-2906159-3	:	هويه الإمارات	Alston Rebello	:	اسم المريض
Indian	:	جنسية	1996-06-20	:	تاريخ الميلاد	17	:	رقم الملف
2024-04-19		تاريخ	Alan Alfred	:	اسم الطبيب	Male	:	جنس

.أنا أفهم أن علاج أسناني الذي ينطوي على وضع الحشوات المركبة (الكمبوزيت) التي قد تكون أكثر جمالية في المظهر من بعض المواد التقليدية والخلفية، مثل الملغم الفضي أو الذهب، التي قد تنطوي على بعض المخاطر. وهناك أيضا إمكانية الفشل في تحقيق النتائج التي قد تكون مرغوبة أو متوقعة. أنا أوافق على تحمل تلك المخاطر التي قد تحدث على الرغم من العناية والإجَّتهاد من قبل طبيب الْأسِّنان في تقديم هذا العلاَّج

<u>الفوائد :</u>

. القضاء على تسوس الأسنان، وتخفيف الألم، وملء حفرة أو مساحة في السن، وتغطية المناطق المتآكلة، وحماية الأسطح الحساسة

عواقب عدم إنجاز العمل أو التأجيل :

.قد تفقد الأُسنانُ، قد يحدث كسر للأسنان، تسوس الأسنان يمكن أن يزداد سوءا،قد يؤدي للحاجة إلى علاج العصب

<u>البدائل :</u>

.الحشوات المؤقتة

المضاعفات المجتملة:

.الأسنان يمكن أن تجمع خُراجات بسبب الحشوات، قد ينكسر السن، قد يكون السن حساس لتغير درجات الحرارة، يمكن للحشوات أن تسقط

. عندما يتم وضع أي نوع من الحشوات أو استبدالها، و تحضير السن للحشوات في كثير من الأحيان يتطلب إزالة بنية الأسنان بشكل كافي لضمان عدم تعرض المريض للخطر ولتوفير بنية أسنات سُليّمة لوضّع الحشوات ُفي بعض الأحيَان ُهذا قدّ يؤدي الى التعرض أوّ الصدّمة لعصب السن . في حالة عدم شفاء العصب، والذي غالبا ما يظهر بسبب حساسية شديدة أو خراج ، قد يتطلب الأمر معالجة عصب السن أو خلع السن

اصابة الأعصاب: هناك احتمال إصابة أعصاب الشفتين والفكين والأسنان واللسان أو غيرها من الأنسجة عن طريق الفم أو الوجه من أي علاجات للأسنان، ولا سيما تلك التي تنطوي على إعطاء

التخدير الموضعي. والخدر الناتج الذيّ يُحدث عادة ما يكونُ مؤقتا، ولُكن في حالات نادرة يمكّن أُن تكون دائمة <u>الجماليات أو المظهر:</u>

الأسنان ليس لديه السيطرة على هذه العوامل. قد يؤدي تبييض الأسنان أيضاً إلى أن تصبح الحشوات في الأسنان الأمامية داكنة نسبياً

الصمغية أن تفشل مما يؤدي الي التّسرب والتسوس المتكرر،طبيب الأسنان ليسَ لديه السيطرة على هذه العوامل

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

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

ومن مسؤوليات المريض أن يلتمس الانتباه في حالة حدوث أي مشاكل غير متوقعة. يجب على المريض اتباع جميع التعليمات، بما في ذلك جدولة وحضور جميع المواعيد. قد يؤدي عدم اًلحفاظ علّيّ المواعيّد الّى فشل نهائي للحشّوات. في حالة أني أود التوقفُ عن العلاّج، فقد تم إبلاّغيّ وفهمت المخاطر المرتبطة مع ّترك حالتيّ بدُون عُلاع، آخرك أن صحتي العامة تتأثر بقراري. . لذا لن أقوم بتحميل الطبيب ، طاقم العمل أو أي شخص مرتبط بممارسة طب الأسنان المسؤؤلية للتغير الذي سيحصل لصحتي العامة الناتج عن هذا الشرط . لقد اتيحت لي الفرصة لطرح استلة حول حالتي، خيارات العلاج و رفض العلاج. لقد قام مزود الموقع ادناه الإجابة على جميع أستلتي. لقد فهمت النطاق الكامل للوضع وآنا اخذ قرار الموافقة

استمارة الموافقة المسبقة:

الرسوم (إن وجدت) لِهذه الخدمة لِقد تم شرحها وهي مرضية. من خلال التوقيع على هذا النموذج أنا أعطي بحرية موافقتي للسماح للدكتور Alan Alfredأو/ و أحد مساعديه لتقديم العُلاجُ لُتقُديمُ العلاج أو اي دواء و /أو التخدير الذي يعتبر ضروري للعلاج

- لقد أتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة وقمت بالموافقة على العلاج المقترح كما هو موضح أعلاه $oldsymbol{\mathbb{C}}$
- 🖸 قد قمت برفض إعطاء الموافقة للعلاج المقترج 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 (15245565544445 تاريخ 2024-04-19	هوية الشاهد we تاريخ 2024-04-19	اسم المريض Alston Rebello تاريخ 2024-04-19							