

موافقة المريض على بدء علاج جراحة الأسنان					
784-6987-5266587-7	:	هوية الإمارات	Vision Test Patient		
Indian	:	جنسية	2020-06-17	:	تاريخ الميلاد
2	:	رقم الملف		:	اسم المريض
2023-11-27	:	تاريخ	Alan Alfred	:	اسم الطبيب
	:	جنس	Female	:	

أنا الموقع أدناه، وبموجبة أوافق للدكتور شيخ أنور حسين على تنفيذ الإجراءات التالية :

1. وأقر بأن الإجراء (الإجراءات)، والآثار المترتبة عليها والمضاعفات المحتملة قد شرحت لي، إلى جانب البدائل بما في ذلك عدم اللجوء الى أي علاج

2. وقد أبلغت بالمضاعفات المحتملة لهذا الإجراء التي يمكن توقعها بشكل معقول، وهي:

- إصابة العصب، مما يؤدي إلى خدر أو وخز الذقن، والشفة، والخد، واللثة، و / أو اللسان في جانب الجراحة . قد يستمر هذا لعدة أسابيع، أشهر، أو، في حالات نادرة، بشكل دائم
- عدوى ما بعد الجراحة التي تتطلب معالجة إضافية.
- فتح الجيوب الأنفية (تجفيف طبيعي يقع فوق الأسنان العلوية) يتطلب جراحة إضافية.
- القدرة المحددة لفتح الفم لعدة أيام أو أسابيع، مع احتمال حدوث رضة للمفصل الفكي الصدغي.
- إصابة الأسنان المجاورة والحشوات.
- في حالات نادرة، كسر الفك.
- عدم الراحة بعد العملية الجراحية، وتورم، والتزيف الذي قد يتطلب عدة أيام من الراحة.
- قرار ترك قطعة صغيرة من الجذر في الفك عندما تتطلب إزالتها جراحة واسعة النطاق.
- تمدد أركان الفم مما يؤدي إلى تكسير وكدمات

: خلع أسنان العقل (بالإضافة إلى ما سبق)

وقد تنشأ ظروف غير متوقعة أثناء الإجراء الذي يتطلب إجراء مختلفا عن الإجراء المبين أعلاه. بناء على موافقتي، سوف أخول الطبيب وأي من الزملاء للقيام بهذه الإجراءات عندما يكون ذلك حسب تقديرهم المهني، ضروريا

درك أن الأدوية والتخدير والوصفات الطبية التي يتم اتخاذها لهذا الإجراء قد تسبب النعاس وعدم الوعي. وأنا أفهم أيضا أنني لا ينبغي أن استخدم الكحول أو المخدرات الأخرى لأنها يمكن أن تزيد من هذه الآثار. لقد نصحت بعدم العمل وعدم تشغيل أي سيارة أ أو أجهزة خطيرة في حين أخذ مثل هذا الدواء حتى أن تعافى تماما من آثارها. كما نصحت بعدم التدخين لمدة أسبوعين بعد الجراحة. بالتوقيع أدناه، أعطي إذني لإجراء العمليات الجراحية والتخديرية عن طريق الفم التي وافقت عليها أنا والدكتور شيخ أنور حسين. وقد تم شرح الجراحة والمخاطر المقترحة بشكل كامل ومرضي وقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة. أنا أيضا أؤكد أنني على حد علمي قدمت تقريرا دقيقا عن تاريخي الصحي البدني والعقلي. لقد أبلغت أيضا عن أي ردود فعل تحسسية أو غير عادية مسبقا على الأدوية أو الطعام أو لدغ الحشرات أو التخدير أو حبوب اللقاح أو الغبار أو الدم أو أمراض الجسم أو اللثة أو ردود فعل الجلد أو نزيف غير طبيعي أو أي شروط أخرى تتعلق بصحتي

3. أقر بأنني تلقيت نسخة من تعليمات ما بعد الجراحة، والتي تم شرحها لي. أنا أفهم كل النصائح التي قدمها لي جراح الأسنان. بعد خروجي، سوف أخبر طبيب الأسنان الخاص بي إذا كنت أعاني من أي ألم حاد، نزيف حاد في موقع الجراحة، مشاكل في الجهاز التنفسي، أو أي مشاكل أخرى بعد العملية

4. وأنا أفهم أنه لا يمكن ضمان أي نتيجة لنتائج الجراحة على جسم الإنسان، ولكن سيقوم الطبيب ومساعدة ببدل قصارى جهدهم لتحقيق نتائج ممتازة

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

6. أنا اطلب واصرح لعمل خدمات طب الأسنان لي بما في ذلك زرع الأسنان والجراحات الأخرى وأنا أفهم تماما انه خلال وبعد الاجراء، الجراحة أو العلاج قد تصبح الظروف واضحة مما يسمح للطبيب بالحكم لعمل اجراء اضافي او بديل لتجراح شامل للعلاج. كما أنني أوافق على أي تعديل في التصميم أو المواد أو الرعاية، إذا شعرت أن هذا هو لمصلحتي

7. أقر بأنني قد قرأت أو قُرا لي محتويات هذا النموذج وسوف اتبع أي تعليمات متعلقة بهذا الإجراء. أنا أفهم المخاطر المحتملة والمضاعفات والآثار الجانبية التي قد تنطوي عليها أي علاج للأسنان أو الإجراء وقررت المضي قدما في هذا الإجراء بعد النظر في إمكانية كل من المخاطر المعروفة وغير المعروفة، والمضاعفات والآثار الجانبية وبدائل الإجراء. لقد أتيت لي الفرصة لطرح اسئلة ولقد تمت الإجابة على اسئلتي بشكل مرضي. لديك الحق في رفض العلاج أو التوقف عنه. سيتم إعلامك بنتيجة قرارك برفض أو إيقاف العلاج والرعاية المتاحة وبدائل العلاج.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

قم بالتوقيع هنا فقط إذا تمت الموافقة على جميع الأسئلة

مريض	شاهد	طبيب
		

سم المريض
Vision Test Patient
11
2023-11-27

هوية الشاهد
Alan - Dental (GD10001)
11
2023-11-27

التاريخ
27-11-2023
الوصي، صلة القرابة
11