

## موافقة المريض على بدء علاج زراعة الأسنان

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	:	2024-02-14
	:		:	جنسية	:	Other


هذا النموذج سيقر بموافقتك على العلاج الموصى به من قبل اختصاصي زرع الأسنان.

- أفوض الدكتور الشيخ أنور حسين لأداء جراحة زرع الأسنان لي. وقد أوصى لي هذا الإجراء من قبل طبيب الأسنان الخاص بي كخيار ليحل محل الأسنان الطبيعية أنا أسمح بوضع الزراعة في مناطق الأسنان  
bvnbn
- قد اخترت الخضوع لهذا الإجراء بعد النظر في أشكال العلاجات البديلة لحالتي، والتي لا تشمل أي علاج على الإطلاق، أطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية، أو الجسور الثابتة أو القابلة للإزالة. كل من هذه الأشكال البديلة من العلاجات لها فوائدها المحتملة الخاصة والمخاطر والتعقيدات التي تم شرحها لي
- أوافق على التخدير أو الأدوية الأخرى قبل ، أثناء أو بعد الإجراء من قبل الموظفين المؤهلين. أنا أفهم أن جميع أدوية التخدير أو التخدير تشمل الإمكانات النادرة جدا للمخاطر أو المضاعفات، مثل الاضرار التي تلحق بالأعضاء الحيوية بما في ذلك الدماغ والقلب والرئتين والكبد والكلى. شلل؛ سكتة قلبية. و / أو الوفاة من أسباب معروفة وغير معروفة
- أنا أفهم أن هناك مخاطر محتملة، مضاعفات وآثار جانبية مرتبطة بأي إجراء للأسنان. على الرغم من أنه من المستحيل سرد كل المخاطر المحتملة، والمضاعفات والآثار الجانبية، فقد أبلغت بعض المخاطر المحتملة، والمضاعفات والآثار الجانبية لجراحة زرع الأسنان التي تشمل الآتي ولكن لا تنحصر عليه: • ألم ما بعد الجراحة وعدم الراحة والتورم • النزيف • عدوى ما بعد الجراحة • إصابة أو تلف في الأسنان المجاورة أو جذور الأسنان • إصابة أو تلف الأعصاب في الفك السفلي مما يسبب خدرا مؤقتا أو دائما ووخز • أو ألم الذقن والشفقتين ، الخد، اللثة أو اللسان • القدرة المحددة لفتح الفم بسبب تورم أو وجع أو ضغط على مفصل الفك – متلازمة المفصل الفكي الصدعي • كسر الفك • فقدان عظام الفك • اختراق في تجويف الجيوب الأنفية • الفشل الميكانيكي للمرتكزات أو الوطائف أو الأسنان المرفقة • الفشل في الزراعة نفسها • الحساسية أو رد فعل سلبي علي أي أدوية
- على الرغم من أن معظم الإجراءات لها نتائج جيدة، وأنا أقر بأنه لم يتم تقديم أي ضمان لي عن نتائج هذا الإجراء أو وقوع أي مخاطر أو مضاعفات أو آثار جانبية
- على حد علمي لقد قدمت تقريراً دقيقاً عن تاريخ صحي البدنية والعقلية. كما قدمت تقريراً عن أي ردود فعل تحسسية أو غير عادية مسبقة 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
- أوافق على التقاط الصور الفوتوغرافية، التصوير والتسجيل و الأشعة السينية بشرط لا يتم الكشف عن هويتي
- نا اطلب واصر لعمل خدمات طب الأسنان لي بما في ذلك زرع الأسنان والجراحات الأخرى وأنا افهم تماما انه خلال وبعد الاجراء، الجراحة أو العلاج قد تصبح الظروف واضحة مما يسمح للطبيب بالحكم لعمل اجراء اضافي او بديل لنجاح شامل للعلاج. كما أنني أوافق على أي تعديل في التصميم أو المواد أو الرعاية، إذا شعر الطبيب أن هذا هو لمصلحتي
- 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 اتيتحت لي الفرصة لطرح اسئلة ولقد تمت الإجابة على استلتي بشكل مرضي. لديك الحق في رفض العلاج أو التوقف عنها. سيتم إعلامك بنتيجة قرارك برفض أو إيقاف العلاج والرعاية المتاحة وبدائل العلاج

أنا 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، ادرك أن صحي العامة قد تتأثر بقراري

لن أقوم بتحميل الطبيب ، طاقم العمل أو أي شخص مرتبط بممارسة طب الأسنان المسؤولية للتغير الذي سيحصل لصحتي العامة الناتج عن هذا الوضع

قم بالتوقيع هنا فقط إذا تمت الموافقة على جميع الأسئلة		
مريض	شاهد	طبيب
		
اسم المريض Reshma Siya	هوية الشاهد vbnbn	(Alan Alfred - Dental (GD10001
تاريخ 2024-02-14	تاريخ 2024-02-14	تاريخ 2024-02-14