

موافقة المريض على بدء علاج 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

****يرجى القراءة والتوقيع في الجزء السفلي من الستمار

1. الشعة السينية

- ☒ **الأدوية - أفهم أن المضادات الحيوية والمسكنات والأدوية الأخرى- يمكن أن يسبب تفاعلات تحسسية ، احمرار وانتفاخ الأنسجة ، ألم ، حكة ، قيء و / أو وذمة تاقية (رد فعل تحسسي شديد)**
- ☒ **لتغييرات في خطة العلاج - إجراء الإصافة بسبب الحالة التي تم العثور عليها أثناء العمل على الأسنان التي لم يتم اكتشافها أثناء الفحص ، والأكثر شيوع هو علاج قناة الجذر بعد إجراء ترميم روتيني. أعطي إذن لطبيب الأسنان إجراء أي / جميع التغييرات والإضافات حسب الضرورة**
- ☒ **خلع الأسنان - تم شرح بديل لإزالة (علاج قناة الجذر ، التيجان ، جراحة اللثة ، إلخ) وأنا أقوض طبيب الأسنان إزالة الأسنان التالية. أنا أفهم المخاطر التي ينطوي عليها إزالة الأسنان ، وبعضها الألم ، والتورم ، وانتشار العدوى ، والسنخ الجاف ، فقدان الإحساس بأسناني وشفتي ولسان و الأنسجة المحيطة التي يمكن أن تستمر لفترة غير محددة من الوقت (أيام أو أشهر) أو الفك المكسور.**
- ☒ **التوج والجبسور والغطية - امع الأسنان أدرك أنه في بعض الأحيان يمكن مطابقة لون الأسنان الطبيعية تمام ا على ضمان مؤقتة ، والتي قد تؤدي ثمارها بسهولة ويجب أن أكون حريصاً ا أنني قد أردي تيجان الصطناعية. أفهم أيضاً الحفظ بها حتى تسليم التيجان الدائمة. أدرك الفرصة الأخيرة لإجراء تغييرات في تاجي الجديد ، الجبسر ، أو الغطاء (بما في ذلك الشكل والملاءمة والحجم واللون) قبل التثبيت.**
- ☐ **المعالجة اللبية (قناة الجذر)- أدرك أنه ليس هناك ما يضمن أن معالجة قناة الجذر ستعقد أسناني ، وأن المضاعفات يمكن أن تحدث من العلاج ، وأنه في بعض الأحيان يتم تثبيت الجسم المعدني في السن أو تمتد من خلال الجذر ، والتي ال يؤثر بالضرورة على نجاح العلاج ، فأنا أفهم أنه في بعض الأحيان قد تكون الإجراءات الجراحية الإضافية ضرورية بعد علاج قناة الجذر (استئصال القمة) . 6.**
- ☐ **الحشوات - أفهم أنه يجب توخي الحذر عند وضع الحشوات خاصة خلال الـ 24 ساعة الأولى لتجنب الكسر. أدرك أن ا بسبب تسوس إضافي. أفهم أن الحساسية الكبيرة شائعة بعد ا أكثر تكلفة تم تشخيصه في البداية قد يكون مطلوب حشو ا. تأثير حشوة موضوعة حديث**
- ☐ **طقم الأسنان ، كاملة أو جزئية - أفهم صعوبة ارتداء أطقم الأسنان. تعتبر البقع المؤلمة وتغير الكالم وصعوبة الأكل من المشكلات الشائعة. قد تكون أطقم الأسنان الفورية (وضع أطقم الأسنان بعد قلعها مباشرة) مؤلمة. قد تتطلب أطقم ا والعديد من خطوات التطين. ريلين دائم كبير الأسنان الفورية تعدل ستكون هناك حاجة في وقت الحق. لم يتم تضمين هذا في رسوم طقم الأسنان. أنا أتحمّل مسؤولية العودة لتسليم أطقم الأسنان. أفهم أن عدم الالتزام بموعد التسليم الخاص بي قد يؤدي إلى نتائج سيئة أطقم الأسنان التالية. أدرك أن أطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية مصنوعة من البالستيك والمعدن و / أو البورسلين. تم شرح مشاكل ارتداء هذه الأجهزة ، بما في ذلك الارتخاء والوجع واحتمال الكسر.**
- ☐ **أنا ، الموقع أدناه ، أشهد أنني أبلغني بشكل صحيح من قبل طبيب الأسنان الذي أتعامل معه ا للقيام بالعلاج بشأن صور الأشعة السينية والأدوية والأدوية وخطة علاج الأسنان وأني التقط طبي وإجراءات طب الأسنان والسعر ، المضاعفات التي قد تنشأ. لقد أتيت لي الفرصة لقراءة هذا النموذج وطرح الأسئلة. تم الرد على أسئلتي بما برضي. أوافق على العلاج المقترح**
- ☐ **للموافقة المسبقة عن الأنف والأذن والحنجرة - الفحص السريري الأنف والأذن والحنجرة والرأس والعنق والأذن (تنظير الأذن و الفحص المجهرى ، تنظير Edoscopy-Oto ، تنظير الشفط ، أخذ المسحة ، التطبيق الموضعي ، I / D للخراجات ، إزالة الجسم الغريب ، إلخ.) (الأنف) تنظير الأنف الأمامي ، تطبيق الرش الموضعي ، التنظير الأنفي الصلب التشخيصي والعلاجي ، الكي الأنفي للرعاف ، الخزعة وتنظير الأنف الخلفي ، وما إلى ذلك (الحلق) (الفحص ، الفحص البيدوي ، أخذ مسحة الحلق ، التطبيق الموضعي ، I / D للخراج حول اللوزتين ، تنظير الحنجرة عبر المباشر IDL ، تقييم الصوت والمجرى الهوائي ، إلخ.) فحص الرقبة بما في ذلك المعلومات المقدمة حول طبيعة الأمراض ، ودورة التشخيص ، وخيارات العلاج والعلاج البديلة ، والمخاطر والمضاعفات المحتملة**

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