

استمارة موافقة : لزراعة العظم Bone Augmentation

الغرض من العملية الجراحية هو تركيب عظم لأجل تركيب غرسات أسنان، يتم تركيبها في موعد زرع العظم أو في وقت آخر. يمكن أن يكون التطعيم العظمي مأخوذ من مصدر خارجي أو ذاتي. عندما يجري الحديث عن تطعيم عظمي من مصدر ذاتي يمكن "قص" التطعيم العظمي من تجويف الفم وفي هذه الحالة المناطق المعتاد قص التطعيم العظمي منها هي منطقة الذقن أو منطقة خلفية من الفك السفلي (الرأد). يتم في حالات معينة تثبيت التطعيم العظمي بواسطة براغي أو قضبان تثبيت لربما يتم استخراجها مستقبلاً.

اسم المُعالج/ة:

اسم العائلة	الاسم الشخصي	اسم الأب	رقم الهوية
أصرح وأقر بهذا بأنني قد تلقيت شرحاً شفوياً مفصلاً من قبل الدكتور			
اسم العائلة	الاسم الشخصي		

حول زراعة العظم\ بدائل العظام\ بدائل العظام مع\ بدون غرسات أسنان في الفك العلوي\ السفلي: (فيما يلي: "العلاج الأساسي").

لقد تلقيت شرحاً حول العلاج المطلوب لأجل إجراء التطعيم العظمي، بما في ذلك شرحاً حول النتائج المرجوة وحول العلاجات البديلة الممكنة التي يفرضها مقتضى الحال. لقد درست جميع الاعتبارات المتعلقة بالعلاجات البديلة قبل اختيار هذا العلاج. لقد تم تفهيمي بأن التدخين، مرض اللثة غير المعالج والسكري تزيد من خطورة فشل الزراعة بشكل كبير. كذلك تلقيت شرحاً حول أهمية الإقلاع عن التدخين قبل وبعد تلقي العلاج، علاج مرض اللثة وموازنة مرض السكري. كما وتم تفهيمي بأن العلاج بواسطة الجراحة مع تناول الأدوية المستخدمة لعلاج أمراض العظام مثل: هشاشة العظام، انتقال الخلايا السرطانية من عضو لآخر والسرطان النخاعي المتعدد وخاصة عند دمج الأدوية المستخدمة لعلاج أمراض العظام مع علاج الستيرويدات، يزيد التدخين والسكري من خطورة الإصابة بالتهابات مزمنة إلى درجة تؤدي لإصابة عظام الفك بالنخر اللاوعائي.

إلى جانب ذلك تلقيت شرحاً حول أعراض العلاج الأساسي الجانبية، بما في ذلك: تورم شديد، نزف دم في منطقة الفك والعنق، الحد من القدرة على فتح الفم لفترة زمنية محدودة. زد على ذلك، تلقيت توضيحاً حول المخاطر والتعقيدات التي ينطوي عليها العلاج الأساسي بما في ذلك: التهاب لربما يلزم إجراء تدخل جراحي آخر من شأنه لربما أن يولد حاجة إلى زرع كامل أو جزئي للتطعيم العظمي وأو الغرسات، نزيف شديد لربما يلزم الخضوع لعلاج آخر، الحاق ضرر بالأسنان المجاورة، الإضرار بأعصاب الوجه، بمعنى حدوث اضطراب حسية مؤقتة أو دائمة. عادة يمكن بعد مرور عدة أشهر بعد إجراء العملية الجراحية تركيب غرسات الأسنان ولكن بواسطة عملية جراحية أخرى. بما أنه لا يمكن رصد حجم العظم الذي سيبقى متوفراً لأجل تركيب غرسات أسنان، يحتمل أن تكون هناك حاجة عند موعد تركيبها لإجراء تطعيم عظمي إضافي.

إضافة لما ورد أنفاً تلقيت شرحاً وتم تفهيمي أهمية استمرارية العلاج وأهمية التعاون بين الطبيب الذي يقوم بالزراعة وبين الطبيب الذي يقوم بالترميم. أهمية الإدلاء بمعلومات دقيقة حول حالتي الصحية واضحة لدي، وكذلك أهمية تنفيذ جميع التعليمات التي سألتقها من الطاقم وأو من الطبيب المعالج، بما في ذلك المحافظة على نظافة تجويف الفم، وتناول جميع العلاجات الوقائية والتأهيلية التي أحتاج إليها، والقيام بالمراجعات في المواعيد التي تطلب مني.

أعطي بهذا موافقتي على تنفيذ العلاج الأساسي. أعطي بهذا موافقتي على تنفيذ تدبير موضعي وذلك بعد أن تلقيت توضيحاً حول المخاطر والتعقيدات التي ينطوي عليها هذا التدبير بما في ذلك حدوث، ضعف الإحساس في الشفة و/ أو اللسان و/ أو الذقن و/ أو الوجه، نزيف تحت الجلد، وتورم وحد مؤقت من القدرة على فتح الفم. في حال تقرر إجراء العلاج الأساسي تحت التدبير العام أو التهديد بواسطة الحقن داخل الوريد سألتقى شرحاً من قبل الطبيب المخدر حول طريقة التدبير.

التاريخ	توقيع المُعالج/ة
اسم الوصي	توقيع الوصي
(صفة القرابة)	(في حال كان الشخص فاقداً للأهلية، قاصراً أو مريضاً نفسياً)

أقر بأنني شرحت للمعالج/ة للوصي/ أو على المعالج/ة* للمتزوج بلغته/ها كل ما جاء أعلاه بالتفصيل المطلوب ووقعات على الموافقة أمامي بعد أن تشكلت لدي قناعة بأنه قد فهم شرحي بالكامل.

اسم المترجم/ صفة قرابته للمعالج/ة :

اسم الطبيب	التوقيع	رقم الرخصة
------------	---------	------------