

استمارة موافقة على تلقي علاج بواسطة الجراحة لزرع غرسات أسنان Insertion of dental Implants

يتم استعمال غرسات الأسنان كأساس لترميم الفم في حالات وجود نقص سن واحدة أو أكثر. يتم إدخال الغرسة بواسطة تدخل جراحي تحت تخدير موضعي.

اسم المُعالج/ة :

اسم العائلة الاسم الشخصي اسم الأب رقم الهوية
أصرح وأقر بهذا بأنني قد تلقيت شرحا شفويا مفصلا من قبل الدكتور

اسم العائلة الاسم الشخصي
حول زراعة العظم/ بدائل العظام/ بدائل العظام مع/ بدون غرسات أسنان في الفك العلوي وأو السفلي. بيان (النوع، الموضع والكمية)

: (فيما يلي: "العلاج الأساسي").

لقد تلقيت شرحا حول العلاج المطلوب لأجل القيام بوضع غرسة الأسنان، بما في ذلك شرحا حول النتائج المرجوة وحول طرق العلاجات البديلة الممكنة التي يفرضها مقتضى الحال. لقد درست جميع الاعتبارات المتعلقة بطرق العلاجات البديلة قبل اختيار هذا العلاج. لقد تم تفهيمي بأن التدخين، مرض اللثة غير المعالج والسكري تزيد من خطورة فشل الزراعة بشكل كبير. تلقيت شرحا 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، يجعل التدخين والسكري يزيدان من خطورة الإصابة بالتهابات مزمنة إلى درجة تؤدي لإصابة عظام الفك بالنخر اللاوعائي. إلى جانب ذلك تلقيت شرحا حول أعراض العلاج الجانبية الأساسية، بما في ذلك: التورم الشديد، الألم، نزيف تحت الجلد والحد من القدرة على فتح الفم لفترة زمنية محدودة.

زد على ذلك، تلقيت توضيحا حول المخاطر والتعقيدات التي ينطوي عليها العلاج الأساسي بما في ذلك: التهاب، الإضرار بأعصاب الوجه، بمعنى حدوث اضطراب حسية مؤقتة أو دائمة. إمكانية الحاق ضرر بجيوب الفك العلوي (الجيب الفكي العلوي) عند القيام بعلاج للفك العلوي يلزم تلقي علاج آخر.

كذلك تلقيت شرحا يفيد أن طريقة ومدة تشافي العظم واللثة بعد عملية زرع الغرسة وكشف الغرسة هو أمر فردي وغير قابل للرصد مسبقا ولربما يستمر حوالي اسبوعين. هذا وقد تلقيت شرحا حول إمكانية عدم استيعاب الجسم الغرسة، وأعي أنه في حال عدم استيعاب الجسم للغرسة ستكون هنالك حاجة لإخراجها وأو القيام بإجراء علاج تصحيحي.

إضافة لما ورد آنفا، تلقيت شرحا حول أهمية المداومة على العلاج في مكان واحد، وحول أهمية التعاون بين الطبيب الذي يقوم بالزراعة وبين الطبيب الذي يقوم بالترميم، كما وتم تفهيمي تلك الأهمية. وكذلك أدرك أهمية الإدلاء بمعلومات دقيقة حول حالتي الصحية، أهمية تنفيذ جميع التعليمات التي سأتلقها 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 تخدير موضعي وذلك بعد أن تلقيت توضيحا حول المخاطر والتعقيدات التي ينطوي عليها هذا التخدير بما في ذلك حدوث، ضعف الإحساس في الشفة و/ أو اللسان و/ أو الذقن و/ أو الوجه، نزيف تحت الجلد، تورم وحد مؤقت من القدرة على فتح الفم. في حال تقرر إجراء العلاج الأساسي تحت التخدير العام أو التهدئة بواسطة الحقن داخل الوريد سألتقى شرحا من قبل الطبيب المخدر حول طريقة التخدير.

توقيع المُعالج/ة

التاريخ

توقيع الوصي

(صفة القرابة)

اسم الوصي

(في حال كان الشخص فاقدا للأهلية، قاصرا أو مريضا نفسيا)

أقر بأنني شرحت للمعالجة/ الوصي على المعالجة* للمترجم 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 للمعالجة/ة :

رقم الرخصة

التوقيع

اسم الطبيب/ة

03.11.2020