

استمارة موافقة على رفع قاع الجيب الفكي Maxillary Sinus Bone Augmentation

الغرض من العملية الجراحية هو تركيب عظم في تجويف الجيب الفكي لأجل تركيب غرسات أسنان في الوقت الحالي أو في وقت لاحق وذلك بواسطة تدخل جراحي إضافي. لقد تلقيت شرحا حول عدم إمكانية تثبيت الترميمات الدائمة على الغرسات إلا بعد استيعاب الجسم للغرسات.
اسم المُعالج/ة:

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

حول زراعة العظم\ بدائل العظام\ بدائل العظام مع\ بدون غرسات أسنان في الفك العلوي: (فيما يلي: "العلاج الأساسي").
لقد تلقيت شرحا حول العلاج المطلوب لأجل إجراء التطعيم العظمي وزراعة الأسنان، بما في ذلك شرحا حول النتائج المرجوة وحول العلاجات البديلة الممكنة التي يفرضها مقتضى الحال. لقد درست جميع الاعتبارات المتعلقة بالعلاجات البديلة قبل اختيار هذا العلاج. كما وتلقيت شرحا بين لي بأن هنالك إمكانية أن يتبين خلال العملية الجراحية تعذر إمكانية تركيب التطعيم العظمي.

لا يمكن رصد حجم العظم الذي سيبقى متوفرا بعد التطعيم العظمي، وعليه يحتمل أن تكون هنالك حاجة لإجراء تطعيم عظمي إضافي لأجل تركيب الغرسات. تلقيت شرحا حول أهمية الاقلاع عن التدخين قبل وبعد تلقي العلاج، وحول علاج مرض اللثة وموازنة مرض السكري.
لقد تم تفهيمي بأن التدخين، مرض اللثة غير المعالج والسكري، تزيد من خطورة فشل الزراعة بشكل كبير. 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 بالخرق اللامعائي. إلى جانب ذلك تلقيت شرحا حول الأعراض الجانبية الأساسية للعلاج، بما في ذلك: التورم الشديد، نزف الدم في منطقة الوجنة والعنق، الحد من القدرة على فتح الفم لفترة زمنية محدودة، تورم شديد حول العين المحاذية للجهة التي خضعت للعملية الجراحية، نزيف من المنخر المحاذي للجهة التي خضعت للعملية الجراحية. زد على ذلك، تلقيت توضيحا 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 نزع كامل أو جزئي للتطعيم العظمي وأو الغرسات، إمكانية تكون التصاق بين الفك وتجويف الجيوب يلزم إجراء تدخل جراحي آخر، نزيف شديد لربما يلزم الخضوع لعلاج آخر، الحاق ضرر بجذور الأسنان المجاورة، الإضرار بأعصاب الوجه، بمعنى حدوث اضطراب حسية مؤقتة أو دائمة. أضف إلى ذلك، لربما يحدث في حالة استخدام أدوات قطع العظم (مطرقة وأزاميل مخصصان) في حالات نادرة اضطراب في التوازن ودوران في الرأس.

إضافة لما ورد أنفا تلقيت شرحا حول أهمية استمرارية العلاج وحول أهمية التعاون بين الطبيب الذي يقوم بالزراعة وبين الطبيب الذي يقوم بالترميم كما وتم تفهيمي تلك الأهمية. كذلك 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 الفك، وتناول جميع العلاجات الوقائية والتأهيلية التي أحتاج إليها، والقيام بالمراجعات في المواعيد التي تُطلب 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، وتورم وحد مؤقت من القدرة على فتح الفك.
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 للمعالج/ة للوصي على المعالج/ة* للمتزوج بلغة\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:

04.11.2020

رقم الرخصة

التوقيع

اسم الطبيب/ة

