

استمارة موافقة على تلقي علاج بواسطة الجراحة لوضع غرسات لزراعة الأسنان في منطقة القوس الوجني والحذبة الجناحية

Placement of Zygomatic and Tubero Pterygoid Dental Implants

يتم استعمال غرسات الأسنان كأساس لإعادة ترميم الفم في حالات وجود نقص سن واحدة أو أكثر. يتم إدخال الغرسة بواسطة تدخل جراحي. تم تطوير غرسات الأسنان في القوس الوجني والحذبة الجناحية لتوفر حلا للتعويض عن نقص العظام الشديد في الفك العلوي الحاصل لدى من يعانون من ذلك النقص ويحول دون إمكانية إدخال غرسات تقليدية. الغرسات مخصصة لإدخالها إلى العظم الوجني، المفصل أو منطقة الحذبة الجناحية بغية إعادة ترميم الأسنان.
اسم المُعالج/ة:

أصرح وأقر بهذا بأنني قد تلقيت شرحا شفويا مفصلا من قبل الدكتور

اسم العائلة الاسم الشخصي
حول علاجي وسط استعمال غرسات القوس الوجني وأو الحذبة الجناحية في الفك العلوي: (فيما يلي: "العلاج الأساسي"). البيان (النوع، الموضع والكمية):
فيما يلي: العلاج "الأساسي".

لقد تلقيت شرحا حول العلاج المطلوب لأجل إجراء زراعة العظم، 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 علاج بواسطة التطعيم العظمي.

لقد تم تفهيمي بأن التدخين، مرض اللثة غير المعالج والسكري تزيد من خطورة فشل الزراعة بشكل كبير. كذلك 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 بالخرق اللامع.

إلى جانب ذلك تلقيت شرحا حول أعراض العلاج الأساسي الجانبي، بما في ذلك: تورم شديد، ألم، نزف تحت الجلد، الحد من القدرة على فتح الفم لفترة زمنية محدودة.

وكذلك، تلقيت توضيحا حول المخاطر والتعقيدات التي ينطوي عليها العلاج الأساسي بما في ذلك: التهاب، إضرار بأعصاب الوجه عند الزراعة، بمعنى حدوث اضطرابات حسية مؤقتة أو دائمة. إمكانية الحاق ضرر بجيوب الفك العلوي (الجيب الفكي العلوي) عند القيام بعلاج للفك العلوي يلزم تلقي علاج آخر، ونمو جيوب في موعد زمني قريب من تلقي العلاج وأو في موعد متأخر عن ذلك. هنالك خطورة لإلحاق ضرر بهياكل تشريحية مركزية مثل تجويف العين، مقلة العين والدماغ، وكسور في العظم الوجني وإلحاق ضرر بأوعية دموية مركزية.

كذلك تلقيت شرحا يفيد أن طريقة ومدة تشافي العظم واللثة بعد عملية زرع الغرسة وكشف الغرسة هو أمر فردي وغير قابل للرصد مسبقا.

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 أنفا، تلقيت شرحا وتم تفهيمي أهمية المداومة على العلاج في مكان واحد، وأهمية التعاون بين الطبيب الذي يقوم بالزراعة وبين الطبيب الذي يقوم بإعادة الترميم. كما وإن 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 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 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.

التاريخ توقيع المُعالج/ة
اسم الوصي (صفة القرابة)
توقيع الوصي
(في حال كان الشخص فاقدا للأهلية، قاصرا أو مريضا نفسيا)

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

