

استمارة موافقة على معالجة قناة الجذرا تكرار معالجة الجذر Root Canal Treatment/ Root Canal Retreatment

اسم المُعالج/ة : _____

اسم العائلة	الاسم الشخصي	اسم الأب	رقم الهوية
أصراحة وأقراة	بهذا بأني قد تلقيت شرحا شفويا مفصلا من قبل الدكتور		
اسم العائلة	الاسم الشخصي		

حول معالجة قناة الجذرا تكرار معالجة الجذر في السن الأسنان رقم. _____ (فيما يلي: "العلاج الأساسي").

لقد تلقيت شرحا يفيد بأن الغرض من العلاج هو الحفاظ على السن، وأنه بدون العلاج قد تتولد حاجة إلى خلع السن. كما تلقيت شرحا حول العلاج وحول نتائجه المرجوة منه. وكذلك درست جميع الاعتبارات المتعلقة بطرق العلاجات البديلة قبل اختيار هذا العلاج. زد على ذلك تلقيت شرحا حول المخاطر الممكنة الذي ينطوي عليها هذا العلاج بما في ذلك:

1. انعدام إمكانية ملء قناة الجذر حتى النهاية بسبب تكتلات داخل قناة الجذر أو وجود التواء في قناة الجذر.
2. تطور تلوث أو عدم الشفاء من تلوث موجود أصلا.
3. شعر أو كسر في جذر السن يتم تشخيصه أثناء العلاج أو في نهايته.
4. كسر في تاج السن يحدث خلال العلاج أو في نهايته.
5. كسر أنبوب أو جهاز داخل قناة الجذر.
6. خرق السن أثناء العلاج.
7. الأضرار التي تلحق بالترميمات، التيجان وقشور البورسلين القائمة.
8. مرور سائل الشطف/ المواد المستعملة لسد الخروق إلى ما وراء طرف الجذر وخلق تورم و/ أو التهاب في العظام و / أو الجيوب الأنفية و / أو تلف الأعصاب.

قد يحدث أثناء العلاج في نهاية العلاج ألم و/ أو تورم عند حدوث هذه الحالات يجب تناول مسكنات الألم و/ أو المضادات الحيوية. إلى جانب ذلك لربما تتطور حالات غير متوقعة تستوجب تلقي علاجًا مختلفًا عن العلاج المبين أعلاه أو التحويل إلى أخصائي بما في ذلك ، الحاجة إلى إعادة علاج قناة الجذر أو استئصال طرف الجذر أو خلع السن كبديل لذلك.

زد على ذلك تلقيت شرحا يفيد بأن السن الذي تخضع قنواته لعلاج في الجذر أو علاج سن يصبح بعد انتهاء علاج قناة الجذر سنا أضعف. لذلك ولأجل تقليل خطر إصابة السن بالكسر يجب تجنب تناول الأطعمة الصلبة وفي نفس الوقت إجراء عملية إعادة ترميم مناسبة في أسرع وقت ممكن.

أقر بأنني أفهم أهمية الإدلاء بمعلومات كاملة ودقيقة حول حالتي الصحية، الحساسية للأدوية، والاستجابات للتخدير، حيث أنه قد يكون أثارا للمعلومات على خطة العلاج وطريقة وإعطاء العلاج وذلك من أجل الحفاظ على صحي.

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 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. أعطي بهذا موافقتي على تنفيذ علاج قناة الجذر، وواضح لدي ماهية هذا العلاج، احتمالات النجاح، المخاطر والتعقيدات الممكنة.

التاريخ	توقيع
اسم الوصي (صفة القرابة)	توقيع الوصي

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

أقر بأنني شرحت للمعالج/ة للوصي/ة على المعالج/ة* 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 للمعالج/ة : _____

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