

استمارة موافقة على تلقي علاج بواسطة الجراح \ خلع سن \ استئصال قمة الجذر Surgical procedure / Tooth extraction / Apicectomy

اسم المُعالج/ة:

اسم العائلة	الاسم الشخصي	اسم الأب	رقم الهوية
أُصرّح/ة وأقرّ/ة بهذا بأنني قد تلقّيت شرحاً شفوياً مفصلاً من قبل الدكتور			
اسم العائلة	الاسم الشخصي		
حول الحاجة إلى إجراء تدخل جراحي \ خلع سن \ استئصال قمة الجذر *			
: (فيما يلي: "العلاج الأساسي")			
بيان العلاج			

لقد تلقّيت شرحاً حول النتائج المرجوة وحول طرق العلاجات البديلة الممكنة التي يفرضها مقتضى الحال. وكذلك حول النتائج التي لربما تنجم عن عدم تلقي العلاج. لقد درست جميع الاعتبارات المتعلقة بطرق العلاجات البديلة قبل اختيار هذا العلاج. لقد تمّ تفهيمي بأن التدخين، مرض اللثة غير المعالج والسكري تزيد من خطورة حدوث تعقيدات وخطورة بشكل كبير. كما وتلقّيت شرحاً حول أهمية الإقلاع عن التدخين قبل وبعد تلقي العلاج، علاج مرض اللثة وموازنة مرض السكري. وكذلك تمّ 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 تلقّيت شرحاً 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، تلقّيت توضيحاً حول المخاطر والتعقيدات التي ينطوي عليها العلاج الأساسي بما في ذلك: التهاب، الإضرار بأعصاب الوجه، بمعنى حدوث اضطرابات حسية مؤقتة أو دائمة. إمكانية الحاق ضرر بجيوب الفك العلوي (الجيب الفك العلوي) وفي حالات نادرة حدوث كسر في عظم الفك. كذلك تلقّيت شرحاً يفيد أن طريقة ومدة تشافي العظم واللثة التي خضعت لتدخل جراحي هو أمر فردي وغير قابل للرصد مسبقاً. كما وتلقّيت شرحاً يفيد بأن بعض التعقيدات ستحتاج لعلاج إضافي.

كما وإنه من الواضح لدي، وأعي أهمية الإدلاء بمعلومات دقيقة حول حالتي الصحية، وكذلك أهمية تنفيذ جميع التعليمات التي سأتلّقها من الطاقم \ من الطبيب المعالج، بما في ذلك المحافظة على نظافة تجويف الفم، والقيام بالمراجعات في المواعيد التي تُطلب مني.

أعطي بهذا موافقتي على تنفيذ العلاج الأساسي.

أعطي بهذا موافقتي على تنفيذ تخدير موضعي وذلك بعد أن تلقّيت توضيحاً 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 سأتلّقى شرحاً من قبل الطبيب المخدر حول طريقة التخدير.

توقيع المُعالج/ة

التاريخ

توقيع الوصي
(في حال كان الشخص فاقداً للأهلية، قاصراً أو مريضاً نفسياً)

اسم الوصي (صفة القرابة)

أقرّ بأنني شرحت للمعالج/ة للوصي على المعالج/ة* للمتّرجم بلغته/ها كل ما جاء أعلاه بالتفصيل المطلوب ووقع/ت على الموافقة أمامي بعد أن تشكلت لدي قناعة بأنه قد فهم شرحي بالكامل.

اسم المتّرجم/ صفة قرابته للمعالج/ة :

رقم الرخصة

توقيع الطبيب

اسم الطبيب/ة