

## موافقة المريض على بدء علاج جراحة الأسنان

|                 |            |                         |                    |
|-----------------|------------|-------------------------|--------------------|
| رقم الملف :     | 2506       | اسم المريض :            | Ayat Ahmed Ghanawi |
| الجنس :         | Female     | الجنسية :               | Iraqi              |
| تاريخ الميلاد : | 01-03-1997 | رقم الهوية الإماراتية : | 999-9999-9999999-9 |

أنا الموقع أدناه، وبموجبة أوافق الدكتور شيخ أنور حسين على تنفيذ الإجراءات التالية :

DR TARONA AZEM SUBBA

1. وأقر بأن الإجراء (الإجراءات)، والآثار المترتبة عليها والمضاعفات المحتملة قد شرحت لي، إلى جانب البدائل بما في ذلك عدم اللجوء إلى أي علاج
2. وقد أبلغت بالمضاعفات المحتملة لهذا الإجراء التي يمكن توقعها بشكل معقول، وهي :
  - إصابة العصب، مما يؤدي إلى خدر أو وخز الذقن، والشفة، والخد، واللثة، و / أو اللسان في جانب الجراحة . قد يستمر هذا لعدة أسابيع، أشهر، أو، في حالات نادرة، بشكل دائم
  - عدوى ما بعد الجراحة التي تتطلب معالجة إضافية
  - فتح الجيوب الأنفية (تجويف طبيعي يقع فوق الأسنان العلوية) يتطلب جراحة إضافية
  - القدرة المحددة لفتح الفم لعدة أيام أو أسابيع، مع احتمال حدوث رضه للمفصل الفكي الصدغي
  - إصابة الأسنان المجاورة والحشوات
  - في حالات نادرة، كسر الفك
  - عدم الراحة بعد العملية الجراحية، وتورم، والتزيف الذي قد يتطلب عدة أيام من الراحة
  - قرار ترك قطعة صغيرة من الجذر في الفك عندما تتطلب إزالتها جراحة واسعة النطاق
  - تمدد أركان الفم مما يؤدي إلى تكسیر وكدمات

### خلع أسنان العقل (بالإضافة إلى ما سبق) :

قد تنشأ ظروف غير متوقعة أثناء الإجراء الذي يتطلب إجراء مختلفا عن الإجراء المبين أعلاه. بناء على موافقتي، سوف أخول الطبيب وأي من الزملاء للقيام بهذه الإجراءات عندما يكون ذلك حسب تقديرهم المهني، ضروريا

- أدرك أن الأدوية والتخدير والوصفات الطبية التي يتم اتخاذها لهذا الإجراء قد تسبب النعاس وعدم الوعي. وأنا أفهم أيضا أنني لا ينبغي أن استخدم الكحول أو المخدرات الأخرى لأنها يمكن أن تزيد من هذه الآثار. لقد نصحت بعدم العمل وعدم تشغيل أي سيارة أو أجهزة خطيرة في حين أخذ مثل هذا الدواء حتى أن تعافى تماما من آثارها. كما نصحت بعدم التدخين لمدة أسبوعين بعد الجراحة. بالتوقيع أدناه، أعطي إذني لإجراء العمليات الجراحية والتخديرية عن طريق الفم التي وافقت عليها أنا والطبيب المعالج. وقد تم شرح الجراحة والمخاطر المقترحة بشكل كامل ومرضي وقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة. أنا أيضا أؤكد أنني على حد علمي قدمت تقريرا دقيقا عن تاريخي الصحي البدني والعقلي. لقد أبلغت أيضا عن أي ردود فعل تحسسية أو غير عادية مسبقا على الأدوية أو الطعام أو لدغ الحشرات أو التخدير أو حيوب اللقاح أو الغبار أو الدم أو أمراض الجسم أو اللثة أو ردود فعل الجلد أو نزيف غير طبيعي أو أي شروط أخرى تتعلق بصحتي
3. أقر بأنني تلقيت نسخة من تعليمات ما بعد الجراحة، والتي تم شرحها لي. أنا أفهم كل النصائح التي قدمها لي جراح الأسنان. بعد خروجي، سوف أخير طبيب الأسنان الخاص بي إذا كنت أعاني من أي ألم حاد، نزيف حاد في موقع الجراحة، مشاكل في الجهاز التنفسي، أو أي مشاكل أخرى بعد العملية
4. وأنا أفهم أنه لا يمكن ضمان أي نتيجة لنتائج الجراحة على جسم الإنسان، ولكن سيقوم الطبيب ومساعديه ببذل قصارى جهدهم لتحقيق نتائج ممتازة
5. أوافق على التقاط الصور الفوتوغرافية، التصوير والتسجيل والأشعة السينية بشرط لا يتم الكشف عن هويتي
6. أنا اطرب وأصرح لعمل خدمات طب الأسنان لي بما في ذلك زرع الأسنان والجراحات الأخرى وأنا أفهم تماما أنه خلال وبعد الإجراء، الجراحة أو العلاج قد تصبح الظروف واضحة مما يسمح للطبيب بالحكم لعمل إجراء إضافي أو بديل لنجاح شامل للعلاج. كما أنني أوافق على أي تعديل في التصميم أو المواد أو الرعاية، إذا شعرت أن هذا هو لمصلحتي
7. أقر بأنني قد قرأت أو قرأ لي محتويات هذا النموذج وسوف اتبع أي تعليمات متعلقة بهذا الإجراء. أنا أفهم المخاطر المحتملة والمضاعفات والآثار الجانبية التي قد تطوي عليها أي علاج للأسنان أو الإجراء وقررت المضي قدما في هذا الإجراء بعد النظر في إمكانية كل من المخاطر المعروفة وغير المعروفة، والمضاعفات والآثار الجانبية وبدائل الإجراء. لقد أتيت لي الفرصة لطرح أسئلة ولقد تمت الإجابة على أسئلتي بشكل مرضي. لديك الحق في رفض العلاج أو التوقف عنه
8. يتم إعلامك بنتيجة قرارك برفض أو إيقاف العلاج والرعاية المتاحة وبدائل العلاج. وأنا أفهم أن جميع الأدوية محتمل أن يكون لديها مخاطر مصاحبة، وآثار جانبية علاجات الأدوية. ولذلك فمن الأهمية أن أخبر طبيب الأسنان الخاص بي بجميع الأدوية التي استخدمها حالياً.

استشارة الموافقة المسبقة:

لقد أتيت لي الفرصة لطرح أي أسئلة بخصوص طبيعة والفرض من علاج جراحة الأسنان وقد تلقيت إجابات مرضية. اتحمل طوعا جميع المخاطر المحتملة، بما في ذلك ظهور حدوث ضرر كبير، إن وجد، والذي قد يرتبط بأي مرحلة من مراحل العلاج، على أمل الحصول على النتائج المرجوة. الرسوم (إن وجدت) لهذه الخدمة لقد تم شرحها وهي مرضية. من خلال التوقيع على هذا النموذج أنا أعطي بحرية موافقتي للسماح للطبيب المعالج أو واحد مساعديه لتقديم العلاج أو أي دواء و/أو التخدير الذي يعتبر ضروريا للعلاج

- قد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة وقيمت بالموافقة على العلاج المقترح كما هو موضح أعلاه
- لقد قمت برفض إعطاء الموافقة للعلاج المقترح كما هو موضح أعلاه وقد تم شرح العواقب المحتملة المرتبطة بالرفض

### قم بالتوقيع هنا فقط إذا تمت الموافقة على جميع الأسئلة

الوصي، صلة القرابة

توقيع المريض / الممثل المفوض قانونا

اسم المريض

كلايسر

ايه

Ayat Ahmed Ghanawi

التاريخ

توقيع الشاهد

هوية الشاهد

15-08-2023

التاريخ

توقيع طبيب الأسنان  
Dr. Tarona Azem Subba  
Specialist Periodontics  
DHA-01357287-001  
DENTISTREE DENTAL CLINIC

اسم جراح الأسنان