



DENTISTREE DENTAL CLINIC

Patient File No : 3965
 Patient Name : Alisha Lejo
 Nationality : Indian
 Emirates ID : 784-2018-1852084-9
 DOB : 07-Dec-2018
 Gender : Female
 Date : 24-Jul-2024

Surgery & Tooth Extraction

الجراحة و خلع الأسنان

Extraction and surgeries are the last course of action any dentist would choose but some teeth are beyond repair. The patient is anesthetized for the procedure; after the procedure the patient may experience numbness or loss of feeling in the tongue, lips, teeth or surrounding structures (Paresthesia) that may last for an indefinite period of time (days or months). In some cases pharmacological treatment may be needed prior, during, and after the extraction this is why the patient must disclose his/her full medical status before proceeding with the treatment or else drug interaction or allergy may arise. If he/she fails to do so he/she is responsible for any financial, medical, legal or moral liabilities. The procedure is relevantly easy but in some cases due to the complicated root morphology or shape the root tip may fracture or dislodge into the sinus thus requiring surgical procedure to remove it or in some cases it may be left embedded in jaw bone. Teeth indicated for extraction are sometimes accompanied with abscesses that require surgical drainage. Any further treatment happens unexpectedly to the treatment plan for any reason, would be subject to additional cost which the patient has to pay, and would require extra treatment time and extra sessions. In some cases, the tooth is attached to the bone firmly or embedded in bone rendering simple extraction almost impossible thus requiring a more complicated surgical procedure which may include incisions, removal of surrounding bone and suturing the wound. During the procedure the adjacent teeth may be loosened or in some cases their fillings or the tooth itself might fracture. In some cases, extraction may lead to jaw fracture. In some cases, the patient may be hospitalized due to complications. Following the doctor's post-operative instructions is imperative to ensure that no complications occur. It is fairly common for the face to swell bruises to appear or limited jaw opening to occur or numbness of the lips after extraction and for the patient to experience some post-operative pain for the following 2-3 days or longer. If the pain increases the patient must return to the doctor to check the wound's status looking for dry socket or infection. The method of treatment is decided by the treating dentist's judgment and the position and condition of the tooth. As for children the same rules, precautions and procedures apply.

العمليات الجراحية أو خلع السن هو آخر حل يقترحه الطبيب. بعض الأسنان لا يمكن علاجها بغير الخلع. خلال عملية الخلع يتم تخدير المريض ومن بعدها يمكن للمريض أن يفقد الإحساس في بعض الأسنان و اللسان قد يحتاج المريض لأكثر من بعض الأدوية قبل أو محدد (أيام أو أشهر). في بعض الأحيان قد يحتاج المريض لأكثر من بعض الأدوية قبل أو الجراحة أو بعد العلاج لذلك على المريض الإصصاع عن حالته الصحية بالتفصيل لتجنب الحساسية للدواء أو أي تفاعل غير مرغوب مع الأدوية الأخرى. وفي حال عدم إضاحه عن أية مشاكل صحية يتحمل هو و هو وصدة المسؤولية المالية أو الطبية أو القانونية أو المدنية مهما كانت. العملية سهلة بشكل عام لكن في بعض الأحيان بسبب شكل الجذر المعقد قد ينكسر رأس الجذور ويخرج للجيوب وقد يحتاج لتدخل جراحي لإزالته أو في بعض الأحيان يمكن تركها في مكانها بالعظم. الأسنان التي يتم عملها في بعض الأحيان تكون مصححة بخراج الذي قد يحتاج لتفريع جراحي. أي علاج آخر يطرأ على خطة العلاج لأي سبب فله تكاليف إضافية يجب على المريض دفعها ويتطلب وقت ومواعيد علاج إضافية. في بعض الأحيان يكون السن شبه ملتصق بالعظم أو مغمور مما قد يجعل عملية الخلع الجراحة تتطلب شق لثة وإزالة بعض العظم المحيط و من ثم تقليب الجرح. خلال عملية الخلع قد تتحرك الأسنان المجاورة للسن المتسدر أو في بعض الأحيان قد ينكسر السن أو الحشوة في السن المجاور. وقد ينكسر الفك خلال عملية الخلع. قد يتم إدخال المريض للمستشفى في حال حدوث أي مضاعفات. إخراج أوامر الطبيب أمر إلزامي. يجب على المريض بعد العملية إلتزام وتوقع الوجع وعدم فتح الفم بكلمة و تخدير اللسان و الإحساس ببعض الألم أمر إعتيادي لبعض أيام أو لفترة أطول. في حال زاد الألم فعلى المريض مراجعة الطبيب للتحقق من الأمر و التأكد من عدم وجود أية إلتهايات. طريقة الخلع يتم تحديدها من قبل الطبيب المعالج بما يتناسب مع حالة المريض. بالنسبة للأطفال ففلس الشروط و المحاذير و طرق الخلع تطبق.

تكلفة جميع مراحل العلاج يجب أن تدفع مقدما بالكامل و هي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى و لم يكمل المريض العلاج لأي سبب.

في حال استمرار المريض على تغير خطة العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فعليه هو او من يمثله أو مسؤول عنه التوقيع على التعهد الخاص بذلك والتي يعنى إعادة عيادة دنتيستري للسنان و إظهاره ويشكل كامل من أي مسؤولية مالية أو طبية أو قانونية أو مدنية مهما كانت.

عدم إلتزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد يؤدي إلى مضاعفات قد تغير خطة العلاج أو تؤدي إلى فشله و في هذه الحالة يتحمل هو وحده تكلفة خطة العلاج الإضافية المترفق عليها إضافة إلى التكلفة الإضافية الناتجة من تعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضا أي مسؤولية أخرى دون تحمل عيادة دنتيستري للسنان أو أطبائه أي مسؤولية مادية أو طبية أو مدنية أو قانونية منها كانت.

توقيع المريض أو من هو مسؤول عنه أو يمثله على هذه الورقة يعني أنه:

قرأها و فهم ما فيها و قبل بها و أستفسر بشكل كامل و بوضوح كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء المركز ومن أي جهة أخرى يريدونها و وافق عليها و طلب من أطباء عيادة دنتيستري للسنان البدء في العلاج و فهمه و يعمل بما يريته مناسب لعلاجها و تمهد بالإلتزام بتعليماتهم و مواعيد العلاج و بدفع كامل تكلفة العلاج.

لقد قرأت ما سبق و عليه أوقع توقيع المريض/ المريضة أو من يمثله:

In case the patient insisted on changing the treatment plan in conflict with the dentist's advice, he / she or his / her representative or the person responsible for him / her has to sign a pledge that exempts Dentistree Dental Clinic, and its Dentists, in full from any liability whatsoever, whether financial, medical, legal or moral.

The patient's absence on the dates and timings set for him / her or lack of commitment to the doctor's instructions could lead to complications that would change the treatment plan, or lead to its failure, and in such case, he/she alone would be responsible to pay the cost of the original treatment plan already agreed upon in addition to the additional cost resulting from modifying the treatment plan. The patient in this case is responsible about the results whatsoever and should fully exempt Dentistree Dental Clinic and its doctors from any liability whether financial, medical, legal or moral.

The cost of all stages of treatment must be paid in full in advance and is non-refundable at any stage of then treatment, even if the patient did not complete the treatment for any reason whatsoever. Signing this paper by the patient or any person who is responsible for him/her or represents him/her means that:

He/she has read the paper and understood its contents, and has questioned in a full and satisfactory manner about everything related to the treatment from the doctors of the center and any other party he wants to consult, and that he has approved what was explained to them and requested the physicians of Dentistree Dental Clinic to begin the treatment and gave them the authority to do whatever they consider is appropriate for his/her case, and pledged to follow their instructions, attend all the treatment sessions on time and pay the treatment cost in full.

I have read all what is mentioned above and I will sign below in agreement on it.

I agree that healthcare provider(s) involved in my care at this facility will access my health information through the Health Information Exchange System (NABIDH) in accordance with the Laws of the United Arab Emirates, Emirate of Dubai Legislation and Dubai Health Authority Policies.

وافق على أن مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية المشاركين في رعايتي في هذه المنشأة سيتمكنون من الوصول إلى صحتي المعلومات من خلال نظام تبادل المعلومات الصحية (NABIDH) وفقا لقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة، تشريعات إمارة دبي وسياسات هيئة الصحة بدبي.

Sign here, only if all of your questions have been answered to your satisfaction

Alisha Lejo
 Signature of Patient Legally authorized Representative
 Date: 24-Jul-2024

Dr. Chahita Lalchandani
 Pediatric Dentist
 DENTISTREE : IA-76366191-004
 DENTISTREE DENTAL CLINIC
 Date: 24-Jul-2024

Chahita Lalchandani
 Dentist's Signature
 Date: 24-Jul-2024