استمارة إعلام المريض والموافقة على جراحة الفم والاسنان والفك

ما ينبغي عليكم معرفته

نظرًا لوجود اختلاف بين الأفراد من حيث إمكانية التعافي لا يمكن التنبؤ بإمكانية الشفاء للشخص قبل القيام بالإجراءات. نظرًا لأن العلاج الذي سيتم تطبيقه عليك قد يفشل في بعض الحالات فقد يلزم تكراره ولا يمكن ضمان نتيجة العلاج. يجب عليك تقديم معلومات مفصلة لطبيبك حول صحتك الجسدية والعقلية في حدود معرفتك. أيضًا ردود الفعل التحسسية السابقة للأدوية أو الطعام أو التخدير أو حبوب اللقاح أو الغبار , أمراض جهازية تفاعلات الجلد واللثة. يجب عليك أيضًا إبلاغ طبيبك بميل النزيف غير الطبيعي والحالات الأخرى المتعلقة بصحتك العامة.

الإجراء الواجب اتخاذه :

المخاطر والتوصيات والمضاعفات المتعلقة بالمبادرة

•من حين لآخر ، قد يلاحظ تورم مؤقت واحمرار وكدمات وتنميل على الخد بسبب التخدير.

•قد يحدث تورم أو احمرار وعدم الراحة في منطقة الجراحة.

•قد يكون هناك احمرار وتشقق في زوايا الفم بسبب التمدد.

•قد تواجه حالات مثل تطور العدوى وتأخر التئام الجرح.

•قد يحدث عدم راحة أو ألم أو تورم مما يتطلب الراحة في المنزل.

•بعد العملية قد يكون هناك كدمات وتغيرات مؤقتة في اللون في أجزاء الوجه القريبة من منطقة العملية.

•قد يحدث نزيف خفيف / معتدل / شديد بعد الجراحة ، وقد يستغرق وقتًا أطول.

•قد تحدث مضاعفات مختلفة مثل فتح الجيوب الأنفية إلى البيئة الفموية ، والنزيف المطول ، والتنميل المؤقت-النادر الدائم ، وشلل الوجه المؤقت ، وفقدان التذوق بسبب تلف الهياكل التشريحية مثل الجيوب الأنفية والأعصاب والأوعية في منطقة الجراحة.

•قد يحدث تقييد مؤقت لحركات فتح / إغلاق الفم بعد الجراحة.

•على الرغم من ندرتها ، قد تحدث كسور وتشققات في عظام الفك عند إزالة الأكياس والأورام الكبيرة جدًا ، وقلع الأسنان المتأثرة في أوضاع سيئة.

•قد تحدث حالات مثل كسر أو إزاحة أو خلع الترميمات (حشو ، قشرة) في الأسنان المجاورة لمنطقة العملية ، تمايل أو تدمير السن المجاور.

•قد يحدث الم مؤقت أو دائم في مفصل الفك.

•قد يحدث عدم انتظام في عظام الفكين بعد الجراحة. (يمكن تصحيحه بعلاج جراحي منفصل)

•قبل الإجراء أو بعده ، اعتمادًا على استخدام المضادات الحيوية ومسكنات الألم والأدوية الأخرى ، يمكن رؤية الآثار الجانبية المحددة في نشرة عبوة الدواء.

أنا. .................................................. ................ ............ ، أقبل العلاج الذي سيطبقه أطباء عيادة Nişantaşı عيادة صحة الفم والأسنان ، بكل ارادتي العقلية. تم عرض الخيارات العلاجية التي يمكن تطبيقها لعلاج مرضي. أوافق على جميع الأدوية والتدخلات اللازمة لتحقيق خيار العلاج الذي اخترته لعلاج مرضي. لقد قدمت جميع المعلومات حول صحتي العامة وتم إخطاري بالمشكلات التي قد تنشأ بسبب هذا الموقف. أوافق على اتباع توصيات الأطباء تمامًا وأعلم أنه بخلاف ذلك قد يفشل علاجي. أسمح باستخدام المعلومات التي يتم الحصول عليها أثناء الفحص والعلاج مع المؤسسات العلمية الأخرى أو للتدريب (بشرط أن يكون ذلك وفقًا لحقوق المريض والمبادئ الأخلاقية) لغرض إجراء البحوث من أجل تطوير العلوم.

**لقد قرأت هذا النموذج وفهمت جميع البنود والكلمات الواردة في محتواه** التاريخ:

يرجى الكتابة بخط اليد (قرأته وفهمته وأوافق عليه)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..