استمارة إعلام المريض والموافقة عن علاج تبييض الاسنان

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.

تبييض الأسنان هو إزالة الاصفرار والظلام والبقع على الأسنان باستخدام عوامل تبييض الأسنان (الجل) التي توضع على سطح الأسنان دون كشط الأسنان أو تغطيتها بأي مادة صناعية أخرى. علاج تبييض الأسنان هو عملية كيميائية ولا يسبب أي تآكل أو ضرر مادي لبنية الأسنان.

الإجراء الواجب اتخاذه :

المخاطر والتوصيات والمضاعفات المتعلقة بالمبادرة

•قد تحدث الحساسية أثناء عملية تبييض الأسنان أو بعدها. تختفي هذه الحساسية من تلقاء نفسها في غضون يوم أو يومين. •يمكن استخدام المسكنات إذا لزم الأمر في اليوم الأول بعد العملية.

•في أول يوم أو يومين بعد العملية قد تسبب الأطعمة والمشروبات شديدة البرودة أو الساخنة حساسية في الأسنان.

•بعد عملية التبييض قد تبدو الأسنان أكثر تعتيمًا بسبب فقدان الماء في الأسنان. سيتم تصحيح فقدان الماء هذا في الأسنان في غضون أسبوع واحد وستبدو الأسنان أكثر طبيعية وشفافية.

•قد تحدث بقع بيضاء في الأماكن التي يلامس فيها جل التبييض اللثة والخد والشفة. ستختفي هذه النقاط والبقع البيضاء من تلقاء نفسها في غضون يوم أو يومين.

•قد تستمر الإجراءات المطبقة أثناء العلاج لعدة جلسات ، ولكن قد لا يتحقق النجاح المطلوب دائما. الأمر الحاسم هنا هو استجابة بنية أسنانك لعملية التبييض.

•إذا لم تمتثل للتوصيات والمحظورات المتعلقة بالأكل والشرب والتدخين ونظافة الفم ، والتي أخبرك بها طبيبك بعد عملية التبييض ، فقد ينخفض تأثير عملية التبييض واستمراريتها ، وقد تعود أسنانك إلى لونها القديم في وقت قصير.

•ستستمر دوام عملية التبييض لفترة أطول في المرضى الذين يأتون لعمل كشف لمدة 6 أشهر ، ويتبعون قواعد الأكل والشرب لأول أسبوع إلى أسبوعين ، ويعطون أهمية كافية لنظافة الفم ولا يستهلكون الشاي والقهوة والسجائر بكثرة .

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)

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