استمارة إعلام المريض والموافقة على تنظيف حجر 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.

تنظيف حجر الأسنان هو إزالة الطبقات، المعروفة أيضًا باسم الجير، التي تتكون عند تقاطع الأسنان واللثة وعلى سطح الأسنان، بواسطة طبيب الأسنان بأدوات خاصة.

إذا لم يتم تنظيف الجير فقد يحدث نزيف في اللثة ورائحة الفم الكريهة وحساسيات موضعية وقد يحدث فقدان الأسنان بسبب العدوى وتدمير العظام.

الإجراء الواجب اتخاذه :

المخاطر والتوصيات والمضاعفات المتعلقة بالمبادرة

• قد يكون هناك ألم جزئي للغاية في العلاجات التي لا تتطلب التخدير.

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

•بعد التنظيف قد تنزف لثتك. ستختفي هذه الحالة المرتبطة بالتهاب اللثة قبل العلاج في غضون أسابيع قليلة بعد العلاج إذا حافظت على نظافة فمك بشكل جيد.

•قد يحدث الألم والحساسية الباردة والساخنة بعد العلاج.تزول هذه الحساسية عادة في غضون أيام قليلة. يمكن استخدام مسكنات الألم لتسكين الألم ومع ذلك لا ينبغي استخدام المسكنات التي لها تأثيرات سيولة الدم.

•بعد العلاج قد يتطور شعور بالفراغ بين الأسنان.

 •نظرًا لأن القلح الكثيف يخفي اهتزاز الأسنان فقد يحدث تأرجح في الأسنان نتيجة تنظيف الجير.

•في الأسنان التي تعاني من فقدان شديد للعظام قد يحدث فقدان الأسنان وإن كان نادرًا بسبب تنظيف الجير الذي يحافظ على الأسنان في الفم بعد عملية التحجيم.

•إذا لم يتم اتباع توصيات طبيب الأسنان مثل العناية بالفم واستخدام الأدوية وغسول الفم بعد تنظيف الاسنان فقد لا يشفى التهاب اللثة بشكل كامل وقد يتطور. يمكن ان يظهر الجير وبقع الاسنان التي تم تنظيفها مرة أخرى في وقت قصير جدًا.

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)

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