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.

 يمكن ملاحظة الحساسية والاهتزاز القابل للعكس قليلاً في الأسنان بعد إجراءات جراحة• اللثة.بعد ذلك، تصبح الأسنان مستقرة. في بعض الحالات، يمكن أن يكون هذا الاهتزاز أيضًا لا رجعة فيه.

بعض • المرضى لا يستجيبون بشكل جيد لجراحة اللثة. في هذه الحالة، قد تفقد الأسنان، وقد يحدث الركود اللثوي كنتيجة طبيعية للإجراء، وقد يبدو أن طول الأسنان يزداد وفقًا لذلك.

قد تحدث تأثيرات (مضاعفات) غير مرغوب فيها بسبب مواد•العظام أو التخدير أو الأدوية. قد تشمل هذه الآثار غير المرغوب فيها، على سبيل المثال لا الحصر، عدوى ما بعد الجراحة، والنزيف، والتورم، والألم، وتغير لون الوجه ؛ خدر مؤقت أو دائم في الفك والأسنان واللسان وطرف الفك وإصابات المفاصل أو تقلصات العضلات المرتبطة بها، وزيادة تذبذب الأسنان المؤقت أو الدائم، والحساسية للأطعمة الساخنة والباردة والحمضية، واستطالة بعض الأسنان نتيجة لشفاء انكماش اللثة وتشكيل الفجوات بين الأسنان، وتلف زوايا الفم، وتقييد فتح الفم لبضعة أيام أو أسابيع، وضعف الكلام، والآثار التحسسية والابتلاع العرضي للأجسام الغريبة.

بعد الإجراءات التي أجريت لإغلاق جذور•الأسنان، قد يتعرض سطح الجذر مرة أخرى. في بعض الحالات، قد يحدث المزيد من الركود اللثوي، وقد تحدث العدوى والنزيف والتورم والألم بعد الجراحة في موقع المتبرع.

قد تفشل جراحة•اللثة في الحفاظ على الوظيفة والمظهر. إذا لم ينجح التدخل الجراحي، فقد تكون هناك حاجة إلى جراحة ثانية.

في نجاح علاجات•اللثة، من المهم جدًا للمريض توفير نظافة الفم الجيدة، واستخدام الأدوية وغسولات الفم التي يصفها طبيبه بانتظام، والإقلاع أو تقليل العادات مثل الشرب والتدخين، واتباع تعليمات الطبيب بعد العملية بشكل غير كامل.

قد تؤدي الظروف•غير المتوقعة إلى تغييرات في الخطة الجراحية التي تم النظر فيها سابقًا.

لا يمكن تقديم أي ضمان أو تأكيد بأن العلاج•المقترح سيكون ناجحًا. اعتمادًا على الاختلافات الفردية، لا يمكن التنبؤ بيقين النجاح. حتى عندما تكون العناية بالفم جيدة للغاية، هناك مخاطر مثل الفشل أو العودة أو العلاج الإضافي أو تفاقم الحالة الحالية، مما قد يؤدي إلى فقدان الأسنان.

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)

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