

0

Dx {																		Rx }
				A	B	C	D	E		F	G	H	I	J				
	1	2	3	4	5	6	7	8		9	10	11	12	13	14	15	16	
	32	31	30	29	28	27	26	25		24	23	22	21	20	19	18	17	
				T	S	R	Q	P		O	N	M	L	K				

State of Qatar
ID. Card

دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية

الرقم: ID. No: 30863403621

تاريخ الميلاد: D.O.B. 18/07/2008

الجنسية: QATAR / قطري

الصلاحية: Date of expiry: 01/03/2026

الاسم: راشد على راشد على الهاجري

Name: RASHID ALI R A AL-HAJRI

العنوان: منطقة 80 - شارع 835 - مبنى 14

الرقم المسلسل: Serial No: 4354A3092F07247E

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

راشد

الاسم: راشد على راشد على الهاجري

Name: RASHID ALI R A AL-HAJRI



نموذج الموافقة المستنيرة (علاج الاسنان)

اسم المريض	رقم البطاقة الشخصية	ملف رقم
Rashid Ali Al-hajri	30863463621	

نموذج الموافقة المستنيرة:

وثيقة قانونية يوقعها أو يختتمها المريض أو ممثله القانوني المفوض طوعاً، دون ضغط أو تأثير غير مبرر قبل العلاج أو الإجراء الطبي. وينص هذا النموذج على أن المريض يوافق على الخضوع للعلاج أو لإجراء طبي موصى به، وأنه على دراية بأي مخاطر محتملة يمكن أن تحدث.

1- الأدوية والأدوية

لقد نصحتني طبيب الأسنان المعالج وأتفهم أن المضادات الحيوية والمسكنات والأدوية الأخرى يمكن أن تسبب ردود فعل تحسسية تسبب احمراراً وتورماً في الأنسجة، والالتهاب، والحكة، والقيء / أو صدمة حساسية (رد فعل تحسسي شديد). أتفهم أنه من مسؤوليتي إبلاغ الطبيب في حال كنت أعاني من حساسية تجاه دواء معين وأي دواء أتناوله حالياً

2- الأشعة السينية

أوافق على أنه من مسؤوليتي إبلاغ طبيب الأسنان المعالج إذا كنت حامل.

3- التخدير الموضعي

لقد نصحتني طبيب الأسنان المعالج وأتفهم أن هناك بعض المخاطر التي تنطوي عليها إدارة التخدير الموضعي. ترتبط معظم المخاطر بموضع الأعصاب تحت الأنسجة في موقع الحقن على الرغم من أن المخاطر نادراً ما تحدث إلا أنها قد تشمل فقدان الإحساس بأسناني وشفتي ولساني والأنسجة المحيطة (تتمل) والتي يمكن أن تستمر لفترة غير محددة من الوقت أو الأيام أو الأشهر وقد يتم حلها تلقائياً. بالإضافة إلى ذلك، فإن إعطاء التخدير الموضعي في الجسم قد يؤدي إلى رد فعل تحسسي نادر.

4- التغييرات في خطة العلاج

أدرك أنه أثناء العلاج قد يكون من الضروري تغيير أو إضافة الإجراءات بسبب الحالات التي تم العثور عليها أثناء العمل على الأسنان والتي لم يتم اكتشافها أثناء الفحص، وأكثرها شيوعاً هو علاج قناة الجذر بعد الإجراءات الترميمية الروتينية. أعطي إنني لطبيب الأسنان لإجراء أي / جميع التغييرات والإضافة حسب الضرورة.

5- إزالة الأسنان

أفوض طبيب الأسنان لإزالة الأسنان التالية وأي أسنان أخرى ضرورية لأسباب. أدرك أن إزالة الأسنان لا تحدث دائماً مضاعفات في حالة وجودها، وقد يكون من الضروري إجراء مزيد من العلاج. أفهم المخاطر التي تنطوي عليها إزالة الأسنان، وبعضها الألم، والتورم، وانتشار العدوى، والسن الجاف، وفقدان الإحساس بأسناني، والشفة، واللسان، والأنسجة المحيطة (تتمل) والتي يمكن أن تستمر لفترة غير محددة (أيام أو شهور) أو كسر الفك. أدرك أنني قد أحتاج إلى مزيد من العلاج من قبل أخصائي أو حتى دخول المستشفى إذا ظهرت مجموعات أثناء العلاج أو بعده، والتكلفة هي مسؤوليتي.

6- الترميم المباشر / المكملات / القشرة الجزئية / القشرة المباشرة للتجميل

أدرك أن علاج القشرة يستخدم عادة للأسنان التي تغير لونها، إما بسبب علاج قناة الجذر أو البقع من التتراسيكلين أو الأدوية الأخرى، أو الفلورايد الزائد. يمكن استخدام القشرة لأغراض جمالية لإصلاح الأسنان المنحرفة غير المستوية أو غير المنتظمة أو لسد الفراغ بين الأسنان التي بها فجوات. أدرك أن إمسك في فترة أطول يجعل فكي يشعر بالصلابة والتقرح وقد يجعل من الصعب فتحه لعدة أيام. نظراً لوجود إزالة جزء من الأسنان (المنينا) وانكشاف جزء من الأسنان (العاج)، ستكون هناك حساسية ويجب إجراء العلاجات التالية للحساسية. أدرك أن القشرة عادة ما تكون غير قابلة للإصلاح في حالة تشققها / تشققها. قد تستدعي الحاجة إلى تاج تغطية كاملة. عندما يتم عمل الفينير عند الطلب على الجمليات فإن كل أسنان مريض تختلف حسب شكلها وتشخيص العام

7- التاج والجسور والقبعة

أتفهم أنه في بعض الأحيان لا يمكن مطابقة لون الأسنان الطبيعية تماماً مع الأسنان الاصطناعية، كما أفهم أنني قد أرثدي تيجاناً مؤقتة، والتي قد تخرج بسهولة ويجب أن أكون حريصاً على ضمان الاحتفاظ بها حتى يتم تسليم التيجان الدائمة. أدرك أن الفرصة الأخيرة لإجراء تغييرات في تاج أو جسر أو غطاء جديد (بما في ذلك الشكل والملائمة والحجم واللون) ستكون قبل التثبيت.

8- علاج قناة الجذر

أدرك أنه ليس هناك ما يضمن أن معالجة قناة الجذر ستقوّد أسناني، وأن المضاعفات يمكن أن تحدث من العلاج، وأنه في بعض الأحيان يتم تثبيت الأجسام المعدنية في السن أو تمتد من خلال الجذر مما لا يؤثر بالضرورة على نجاح العلاج. أنا أفهم أنه في بعض الأحيان قد تكون الإجراءات الجراحية الإضافية ضرورية بعد علاج قناة الجذر واستئصالها

9- علاج تقويم الأسنان / وطب الأسنان العام / والزراعة

أفوض أطباء الأسنان للقيام بعلاجي وأتعهد بأنني سألتزم التعليمات الخاصة بهذا الإجراء أو أي إجراءات أخرى كما هو مكتوب في النموذج.

أفهم أن طب الأسنان ليس علماً دقيقاً وأن الممارسين ذوي السمعة الطيبة لا يمكنهم ضمان النتائج الكاملة. أقر بأنه لم يتم تقديم أي ضمان أو ضمان من قبل أي شخص فيما يتعلق بعلاج الأسنان الذي صرح به وطلبته. كان لدي الفرصة لقراءة هذا النموذج وطرح الأسئلة. لقد تمت الإجابة على أسئلتي لرضائي وأوافق على العلاج المقترح.

توقيع المريض	توقيع الطبيب
التاريخ ٢٤ : ٢٤ : ٢٠٢٤	التاريخ



Dr. Adeeba Khan
SPECIALIST (Orthodontics)
License No. TD123661