

مركز د. ليلى حامد الطبي د.م.م.

038358

DATE: 22 FEB 2024 التاريخ:

FILE NO: 038958 : رقم الملف NATIONALITY: Sudan : الجنسية C.S. married : الحالة الاجتماعية

NAME OF PATIENT: Yusif Elhia : اسم المريض AGE: 49 : السن SEX: male : الجنس

I.D. NO. 27473600143 : رقم بطاقة : MOB. 666 77526 : جوال : TEL. : تلفون :

ADDRESS Alshahaniya : عنوان : COMPANY : الشركة : INSURANCE : تأمين :

DOCTOR Dr. Habiba

CHIEF COMPLAINT:

PAST MEDICAL HISTORY:

H/O DRUG ALLERGY NO ☐ YES ☐

* Dx Caries-C; Pulpitis-P; Crown- OCR; Bridge- OB; Missing- M; R. Dec. Teeth-RD; Retreated-RCD; Impacted-I; Root Stump-RS

[illegible]

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 27473600143
D.O.B.: 01/01/1974
Expiry: 07/10/2024

الرقم الشخصي:
تاريخ الميلاد:
الصلاحية:
الجنسية:

Nationality: SUDAN
Occupation: طباط

سوداني

المهنة:

الاسم: يوسف علي أحمد بلاع الحية

Name: YUSIF ELHIA



Passport Number:

P08380662

Passport Expiry:

27/09/2031

Serial No:

31427473600143

Residency Type:

عمل

Employer:

سعيد محمد صالح سعيد ملهيه

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

يوسف علي أحمد



رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
السرقة الممنول:
نوع الرخصة:
المستقدم:





نموذج الموافقة المستنيرة (علاج الاسنان)

اسم المريض	رقم البطاقة الشخصية	ملف رقم

نموذج الموافقة المستنيرة:
وثيقة قانونية يوقعها أو يختمها 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 ، والألم ، والحكة ، والقيء / أو صدمة الحساسية (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 نادرة 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 إذن 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 الفلوريد 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 لفترة أطول يجعل فكي يشعر بالصلابة والتقرح وقد يجعل من الصعب فتحه لعدة أيام. نظراً لوجود إزالة جزء من الأسنان (المينا) واكتشاف 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 والتشخيص 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 والملامنة والحجم واللون) ستكون قبل التثبيت.

8- علاج قناة الجذر

أدرك أنه ليس هناك ما يضمن أن معالجة قناة الجذر ستنتج 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 صرحت به وطلبته. كان لدي الفرصة لقراءة هذا النموذج وطرح الأسئلة. لقد تمت الإجابة على أسئلتني لرضائي وأوافق على العلاج المقترح.

توقيع المريض :

التاريخ :



توقيع الطبيبة Dr. Habiba Al-Habib

التاريخ :
Licence No D5684