

رضایت بزرگسالان برای انجام تداوی دندان ها (ADULT CONSENT TO PERFORM DENTISTRY - DARI VERSION)

Patient's Name:	نام مریض	Date of Birth	تاریخ تولد	MRN:	شماره پرونده درمانی

بدینوسیله به دکتورها و دستیار داکترهای دندان مراکز صحتی الیکا (EHC) مورد نظر خود اجازه می‌دهم تا اقدامات در درمان‌های دندانی زیر را انجام دهند:

- استفاده از هر گونه رادیوگرافی لازم (اشعه ایکس) یا وسایل کمک تشخیصی برای معاینه دندان.
- تمیز کردن دندان ها، درمان موضعی فلوراید، ترمیم دندان، پروتز دندان، روش(های) جراحی دهان، درمان بافت های سخت و/یا نرم، و ارجاعات تخصصی.

من می‌فهمم که این درمان‌ها با خطراتی همراه است. خطرات، درمان، روش‌های جایگزین تداوی، در صورت وجود، و مزایا و معایب آن‌ها برای من توضیح داده شده است. من فرصت داشتم در مورد تداوی و خطرات آن سوالات خود را مطرح کنم و کاملاً آن‌ها را درک می‌کنم و فهمیدم

من با استفاده از بی‌حسی موضعی موافقت می‌کنم. من می‌فهمم و به من اطلاع داده شده است که استفاده از بی‌حسی موضعی با خطرات و عوارض احتمالی همراه است. رایج‌ترین آن‌ها شامل تورم، خونریزی، درد، حالت تهوع، استفراغ، کبودی، سوزش و بی‌حسی لب‌ها، لثه‌ها، صورت و زبان، واکنش‌های آلرژیک، همتوم (تورم یا خونریزی در محل تزریق یا نزدیک آن)، غش کردن، گاز گرفتن لب و گونه که منجر به زخم و عفونت مخاط می‌شود، است. من همچنین می‌فهمم که خطرات نادر احتمالی مانند واکنش‌های نامطلوب به داروها در فروپاشی تنفسی و قلبی-عروقی (توقف تنفس و عملکرد قلب) و کمبود اکسیژن به مغز وجود دارد که می‌تواند منجر به کما یا مرگ شود

من می‌فهمم و درک می‌کنم که اگرچه انتظار می‌رود نتایج خوبی حاصل شود، اما احتمال عوارض را نمی‌توان به طور دقیق پیش بینی کرد و نمی‌توان هیچ تضمینی در مورد نتایج تداوی یا تداوی بیان یا ضمنی وجود نداشت. در جریان تداوی، ممکن است شرایط پیش‌بینی نشده شامل روش‌های اضافی یا متفاوت از آنچه که بحث شده بود، پیش بیاید
 من اجازه می‌دهم و درخواست می‌کنم که هرگونه روش اضافی که به تشخیص حرفه‌ای داکتر دندان های الیکا برای سلامت و رفاه دهان من ضروری یا مطلوب تشخیص داده شود، انجام شود

تصدیق می‌کنم که یک نسخه (کاپی) از اطلاعات تداوی دندان ها را از مرکز صحتی الیکا دریافت کرده‌ام.
 من تایید می‌کنم که این سند را خوانده و کاملاً درک کرده ام و به همه سوالات من پاسخ داده شده است.

امضای بیمار / سرپرست قانونی _____ تاریخ _____
 Provider / Dentist's Signature: _____ Date: _____
 Witness / Translator's Signature: _____ Date: _____