

PEDIATRIC CONSENT TO PERFORM DENTISTRY

رضایت نامه برای انجام تداوی دندانهای اطفال

Patient's Name:	اسم مریض	DOB:	تاریخ تولد	MRN:	نمبر ریکارد طبی

من بدین وسیله اجازه میدهم که دوکتوران دندان و دستیاران دوکتوران دندان مراکز صحتی الیکا، به انتخاب خود، تداوی های دندانهای زیر را بر فرزندم (یا بخش قانونی) انجام دهند

استفاده از هر گونه رادیوگرافی (ایکس-ری- اشعه ایکس)، عکس های داخل دهان، یا وسایل تشخیصی برای معاینه دهان تمیز کردن دندانها

درمان با فلوراید موضعی، سیلانت های دندان، ترمیم دندانها، پروتزهای دندان، جراحی دهان، درمان بافت های سخت و/یا نرم، استفاده از داروهای جلوگیری از پوسیدگی و ارجاعات تخصصی

من می دانم که در این تداوی ها خطراتی وجود دارد. خطرات، تداوی، تداوی های متفاوت، در صورت وجود، و مزایا و معایب به من توضیح داده شده است. من فرصت داشتم تا درباره تداوی و خطرات مربوطه سوالات خود را بپرسم و کاملاً آنها را درک می کنم

من با استفاده از بی حسی موضعی مناسب و نیتروس اکسید/تسکین درد برای فرزندم (یا قیم قانونی) موافقت می کنم. من می دانم و به من اطلاع داده شده است که خطرات و عوارض احتمالی با استفاده از بی حسی موضعی و نیتروس اکسید وجود دارد. شایع ترین آنها شامل تورم، خونریزی، درد، تهوع، استفراغ، کبودی، گزگز و بی حسی لبها، لثه ها، صورت و زبان، واکنش های آلرژیک، هماتوم (تورم یا خونریزی در محل تزریق یا نزدیک آن)، ضعف، گاز گرفتن لب و گونه که منجر به زخم و عفونت مخاط می شود، است. همچنین می دانم که خطرات نادر مانند واکنش های نامطلوب به داروها در فروپاشی تنفسی و قلبی-عروقی (توقف یا عملکرد تنفس و قلب) و کمبود اکسیژن به مغز که ممکن است منجر به کما یا مرگ شود، وجود دارد

من می دانم که با وجود انتظار نتایج خوب، امکان بروز عوارض نمی تواند به طور دقیق پیش بینی شود و نمی توان تضمینی برای نتایج تداوی یا بهبود قائل شد. و در طول تداوی، شرایط پیش بینی نشده ممکن است نیازمند روش های اضافی یا متفاوتی نسبت به آنچه که بحث شده است، باشد. من انجام هرگونه روش اضافی که به قضاوت حرفه ای داکتران دندان الیکا برای سلامتی و بهبود دهانی من ضروری یا مطلوب باشد را اجازه و درخواست می کنم

من آگاهم که انجام تداوی دندان روی کودکان به دلیل نبود همکاری که در کودکان بسیار کوچک، که نابالغ، دارای معلولیت های جسمی و/یا ذهنی، و ترسیده و/یا مضطرب هستند، معمول است، ممکن است دشوار باشد. من بدین وسیله استفاده از پروپ دهان و کمک دستیار داکتر دندان در نگاه داشتن کودک را، در صورت نیاز به نظر داکتر، برای ایمنی او در طول تداوی اجازه می دهم

من تأیید می کنم که از مراکز صحتی الیکا یک کاپی از اطلاعات در مورد مواد دندانها دریافت کرده ام

من تأیید می کنم که این سند را خوانده و کاملاً درک کرده ام و به همه سوالات من پاسخ داده شده است.

Patient/Legal Guardian Name: نام بیمار / سرپرست قانونی _____

Relationship to Patient: رابطه با بیمار _____

Patient/Legal Guardian Signature: امضای بیمار / سرپرست قانونی _____

Date: تاریخ _____

Provider/Dentist Signature: امضای داکتر/داکتر دندان _____

Date: تاریخ _____

Witness/Translator Signature: امضای شاهد/مترجم _____

Date: تاریخ _____