

إقرار موافقة على إجراء عملية جراحية لتقويم الفك العلوي

اسم المراجع:

الرقم المدني :

وصف الاجراء الجراحي :

سوف يتم قطع عظام الفك العلوي وإعادة تعديل وضعها فى المكان الجديد الملائم وتثبيتته بواسطة الشرائح الطبية و البراغي من مادة (التيتانيوم). علما بأنه ربما سوف يتم تثبيت الفكين معا اما بواسطة الأسلاك الطبية أو الحلقات المطاطية التى ربما تظل لعدة أسابيع.

مضاعفات خاصة بعملية تقويم الفك العلوي:

- انتفاخات في منطقة العملية قد تدوم لمدة ستة شهور.
- تغير في المظهر الخارجي للأنف.
- شعور بالتخدير بالانف والشفة العليا والأسنان بصورة عادة مؤقتة وأحيانا دائمة.
- نزيف والذي قد يحتاج الى نقل دم.
- التهاب وتهتك بالجروح والذي عادة ما يعالج بالمضادات الحيوية والعلاج الموضعي أو الجراحي تحت التخدير العام وهذه المخاطر تزيد بالنسبة للمرضى المدخنين.
- الشرائح الطبية والمسامير التيتانيوم التى تستخدم فى تثبيت الفك خلال الجراحة ربما تؤدى الى ألم أو التهاب والتى ربما تحتاج الى ازالة بعملية أخرى لكن غالبا ذلك لا يحدث وتظل المسامير والشرائح فى مكانها مدى الحياة.
- ربما يحدث بعض التحرك فى الفك باتجاه مكانه السابق بعد العملية على المدى القريب أو البعيد.
- احتمال موت أنسجة الفك العلوى نتيجة انقطاع الدم عنها مما قد يؤدى الى موت أعصاب الأسنان واحتياجها الى حشو أقتنية الجذور أو تخلخل الأسنان وفقدانها وكذلك احتمال فقدان عظام الفك العلوى.
- نادرا ما يحدث كسر بصورة غير متوقعة خلال العملية بقاعدة الجمجمة مما قد يؤدى الى تلف الأعصاب والأوعية الدموية الرئيسية بالمخ مما قد ينتج عنده مشاكل فى حركة العين وازدواج الرؤية أو العمى.

أقر أنا الموقع أدناه:

- بأن الطبيب قد أحاطني علما بحالتي الطبية و بكل تفاصيل العملية الجراحية عامة والمخاطرة المصاحبة لها واحتمالات العلاج الأخرى.
- بأن الطبيب قد شرح لى نتائج وتبعيات عدم اجراء العملية الجراحية وانى على علم بمخاطر العملية بما فى ذلك المخاطر الخاصة بحالتي والتوقعات المحتملة.
- بأن الطبيب أحاطني علما انه فى حالة وجود خطر يهدد حياتى خلال العملية فأنة سوف يقوم بالتصرف والعلاج حسب الحالة وكما انه قد أجاب على كل تساؤلاتي وناقشناها جيدا.
- بأننى على علم أن الطبيب قد يشاركه أطباء مساعدين بإجراء العملية.
- كما انى على علم بأنه ليس هناك ضمان بان العملية بالتأكيد سوف تحقق أهدافها و رغبتى المرجوة منها ، وعلى الرغم من علمى بكل هذه المعلومات فأنى أطالب بإجراء العملية الجراحية لى.

اسم المراجع أو من ينوب عنه :

التاريخ:

التوقيع: