

إقرار موافقة على إجراء عملية جراحية لتوسعة الفك العلوي

اسم المراجع:

الرقم المدني :

وصف الإجراء الجراحي :

سوف يتم قطع عظام الفك العلوي إلى جزئين ثم تتم توسعته بجهاز التقويم تدريجيا بعد العملية.

مضاعفات خاصة بعملية توسعة الفك العلوي:

- انتفاخات في منطقة العملية قد تدوم لمدة ستة شهور.
- تغير في المظهر الخارجي للأثف.
- 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.
- ربما يحدث بعض التحرك في الفك باتجاه مكانه السابق بعد العملية على المدى القريب أو البعيد.
- احتمال انفصال عظم الفك العلوي وتحركها بشكل كبير مما يستدعي تثبيتها بصفائح وبراعي معدنية، وإلغاء إجراء توسعة الفك.
- احتمال موت أنسجة الفك العلوي نتيجة انقطاع الدم عنها مما قد يؤدي الى موت أعصاب الأسنان واحتياجها الى حشو أقنية الجذور أو تخلخل الأسنان وفقدانها وكذلك احتمال فقدان عظام الفك العلوي.
- نادرا ما يحدث كسر بصورة غير متوقعة خلال العملية بقاعدة الجمجمة مما قد يؤدي الى تلف الأعصاب والأوعية الدموية الرئيسية بالمخ مما قد ينتج عنده مشاكل في 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 لي نتائج وتبعيات عدم إجراء 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 فإنه سوف يقوم بالتصرف والعلاج حسب الحالة وكما انه قد أجاب على كل تساؤلاتي وناقشناها جيدا.
- بأنى على علم أن الطبيب قد يشاركه أطباء مساعدين بإجراء العملية.
- كما انى على علم بأنه ليس هناك ضمان بان العملية بالتأكد سوف تحقق أهدافها و رغبتى المرجوة منها ، وعلى الرغم من علمى بكل هذه المعلومات فأنى أطلب بإجراء العملية الجراحية لى.

اسم المراجع أو من ينوب عنه :

التاريخ:

التوقيع: