

إقرار موافقة على إجراء عملية جراحية لتقويم الفك السفلي

اسم المراجع:

الرقم المدني :

وصف الإجراء الجراحي :

سوف يتم قطع عظام الفك السفلي 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 السفلي:

- انتفاخات في منطقة العملية قد تدوم لمدة ستة شهور.
- إصابة العصب المغذي للفك السفلى مما قد ينتج عنه شعور بالتخدير بالشفة واللسان والأسنان والذقن واللثة بصورة مؤقتة وأحيانا دائمة.
- نزيف والذي قد يحتاج الى نقل دم.
- كسر بصورة غير متوقعة خلال العملية والذي قد يحتاج الى تثبيت الفكين معا لمدة من الوقت.
- وضع غير مناسب لمفصل الفك السفلى والذي قد يؤدي الى سوء اطباق الفكين بعد الافاقة من البنج الكلى والذي قد يحتاج الى اعادة العملية مرة أخرى.
- التهاب وتهتك بالجروح والذي عادة ما يعالج بالمضادات الحيوية والعلاج الموضعي أو الجراحي تحت التخدير العام وهذه المخاطر تزيد بالنسبة للمرضى المدخنين.
- الشرائح الطبية والبراغي 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 البراغي والشرائح فى مكانها مدى الحياة.
- ربما يحدث بعض التحرك فى الفك باتجاه مكانه السابق بعد العملية على المدى القريب أو البعيد.

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 فإنه 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 ورغبتى المرجوة منها ، وعلى الرغم من علمى بكل هذه المعلومات فأنى أطلب بإجراء العملية الجراحية لى.

اسم المراجع أو من ينوب عنه :

التاريخ:

التوقيع: