

SMILING 32 DENTAL CLINIC SAZAR RAJNANDGAON

दांत निकालने के लिए सुचित सहमति और अनुमति प्रपत्र

अन्य दंत चिकित्सा उपचार, या कुछ एनेस्थेटिक्स के प्रशासन, आपको समझाना चाहिए कि कुछ निश्चित जोखिम हैं। इससे पहले कि आप दांतों को हटाने, प्रभावित दांतों को निकालवाने की अनुमति दें (जो मसूड़ों के नीचे दबी हुई हैं) हम दांत निकाल रहे होंगे

आम जोखिम जिसकी संभावना है, लेकिन इन तक सीमित नहीं हैं:

1. दवा प्रतिरिक्ता और दुष्प्रभाव ।
2. बाजु के दांत या भ्रात का निकालना ।
3. पोस्ट ऑपरेटिव संक्रमण ।
4. पोस्ट ऑपरेटिव रक्तसाव जिसे उपचार की आवश्यकता हो सकती है ।
5. जबड़े में जड़ के एक छूट से टुकड़े का छुट जाना और इसके निकालने की व्यापकता की आवश्यकता होती है जिसमें व्यापक सर्जरी की आवश्यकता होती है।
6. देरी से घाव भरना (सूखा सॉकेट) लगातार पोस्ट ऑपरेटिव देखभाल की आवश्यकता होती है ।
7. ऊपरी दाढ़ को हटाने के दौरान साइनस की संभावित भागीदारी या खुलना जिसे बाद की तारीख में अतिरिक्त उपचार या सर्जिकल मरम्मत की आवश्यकता हो सकती है ।
8. तंत्रिका की संभावित भागीदारी, जिसमें निम्न दाढ़ों को हटाने तक सीमित नहीं है, जिसके परिणामस्वरूप अस्थायी या संभव स्थायी झुनझुनी या स्तब्ध हो जाना, या निचले होठ, ठोड़ी या जीभ का दर्द हो सकता है ।
9. अंतः शिरा दवा के प्रशासन के स्थल पर सूजन और/या शिरा में सूजन जिसे आगे के उपचार की आवश्यकता हो सकती है ।
10. दुर्लभ परिस्थितियों में जबड़े का टूटना ।
11. इंजेक्शन या संज्ञाहरण के उपयोग के परिणामस्वरूप, कभी-कभी सूजन, जबड़े की मांसपेशियों की कोमलता या यहां तक कि जीभ, होठ, दांत, जबड़े या चेहरे के उत्तकों की परिणामी सुन्नत हो सकती है, जो अस्थायी है। दुर्लभ उदाहरण, इस तरह की सुस्ती हो सकती है स्थायी होना । मुझे विभिन्न एनेस्थेटिक तकनीकों का विकल्प दिया गया था और निम्नलिखित एनेस्थेटिक्स का उपयोग करने के लिए मेने सहमति दी स्थायी संज्ञाहरण (इंजेक्शन)
12. अन्य

स्थानीय बेहोशी (इंजेक्शन) अंतः शिरा बेहोश करने की क्रिया के साथ

स्थानीय एनेस्थीसिया (इंजेक्शन) ओरल मेडिकेशन के साथ (उपचार से पहले गोलियां)

सामान्य संज्ञाहरण / अस्पताल के ऑपरेटिंग कमरे में इस बात को स्वीकार करता हूं कि मैंने पूर्वगामी को पूरी तरह से पढ़ा है, किसी भी प्रश्न या चिंता पर चर्चा की है जिसे मैं अपनी प्रस्तावित सर्जरी / दंत चिकित्सा के बारे में बता सकता हूं, और इसका संतोषजनक उत्तर दिया गया है। मुझे पता है कि दंत चिकित्सा का अभ्यास एक अक्षम विज्ञान है और इसकी कोई गारंटी नहीं दी जा सकती है और कोई भी मेरे लिए नहीं किया गया है

रोगी के हस्ताक्षर / कानूनी रूप से अधिकृत प्रतिनिधि

दिनांक

मुद्रित नाम यदि रोगी की ओर से हस्ताक्षरित है

रिश्तेदार

डॉक्टर के हस्ताक्षर

दिनांक