



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
شهرستان مشهد

رضایتنامه دندانپزشکی کودکان

مراجعه کننده گرامی ضمن عرض خوشامد و با آرزوی سلامتی برای شما ، بدیهی است دندانپزشک معالج شما حداکثر توان و تلاش خود به لحاظ علمی و مهارتی را بکار خواهد برد تا بهترین نتایج درمانی با حداقل هزینه و در سریع ترین زمان ممکن برای شما حاصل شود . با اینحال نظیر هر اقدام درمانی دیگر در حوزه پزشکی ، معالجات دندانپزشکی نیز ندرتاً ممکن است با عوارض ناخواسته توأم باشند و بدین لحاظ آگاهی از مراحل درمان و هرگونه عوارض احتمالی آن ، جزء حقوق شما است و لذا ضروری است با مطالعه فرم ارائه شده ضمن کسب اطلاعات لازم پیرامون روند معالجات و برخی عوارض محتمل ، هرگونه سوال خود در این رابطه را با دندانپزشک معالج مطرح نمایید.

یکی از اصول این مطب ، آگاه کردن والدین پیرامون تمام اقدامات دندانپزشکی می باشد که برای فرزند شما انجام میشود.

- در زمان معاینه اولیه ، ما تمام نیازهای درمانی فرزندتان را مشخص و به شما توضیح کامل می دهیم و سپس طرح درمان مناسب را اعلام میکنیم. در صورت نیاز به رادیوگرافی تشخیصی، ارائه طرح درمان دقیق به بعد از تهیه رادیوگرافی موکول میشود.

- اقدامات دندانپزشکی که در این مطب ممکن است برای فرزند شما انجام شود عبارتند از:

تمیز کردن دندان ها و کاربرد فلوراید موضعی / کاربرد شیارپوش / درمان پوسیدگی دندان و ترمیم دندان ها
درمان پالپ دندان ها / قالب گیری و گذاشتن فضا نگهدارها و پلاک های ارتودنسی

- لازم به ذکر می باشد که برای انجام برخی از کارهای دندانپزشکی فرزند شما از بی حسی موضعی استفاده میشود. معمولاً به دنبال انجام تزریق بی حسی موضعی احساس بی حسی حدود ۱/۵ تا ۳ ساعت مرتبط به ناحیه تزریق باقی می ماند در نتیجه بایستی کاملاً مراقب باشید تا فرزندتان لب، گونه و زبان خود را گاز نگیرد و آسیب نزند. در ضمن ذکر این نکته ضروری می باشد که واکنشهای آلرژیک به داروی بی حسی نادر می باشد با این حال اگر فرزند شما سابقه حساسیت دارویی دارد حتماً اعلام بفرمایید. همچنین به فرزند خود پیرامون انجام تزریق بی حسی هیچ گونه توضیحی ندهید چرا که ما متناسب با سن وی از تکنیک های لازم جهت انجام این کار برای کاهش اضطراب احتمالی فرزندتان استفاده میکنیم.



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
شهرستان مشهد



- من به عنوان ولی کودک آگاه هستم که والدین بایستی در حین انجام کارهای دندانپزشکی در محل اتاق انتظار حضور داشته باشند و فقط به صلاحدید پزشک میتوانند در اتاق کار حضور پیدا کنند.
- بدین وسیله اظهار میکنم که فرم رضایت نامه را کاملا مطالعه کرده و متوجه شدم و همچنین تمامی سوالات من پیرامون اقدامات درمانی که برای فرزندم قرار هست انجام بشود به طور کامل پاسخ داده شده است و اطلاع دارم که این حق برای من در مورد سوالاتی که در حین درمان فرزندم پیش می آید محفوظ می باشد و به این سوالات پاسخ داده خواهد شد.

اینجانب ولی کودک..... با آگاهی کامل از اینکه در حین و یا پس از کار دندانپزشکی احتمال بروز مشکلات پزشکی می باشد به خانم/آقای دکتر و تیم درمانی ایشان اجازه و اختیار انجام خدمات دندانپزشکی و جراحی های دندان را با بکارگیری روشهای مناسب کنترل رفتاری، بی حسی موضعی روشهای تشخیصی مرتبط که به آنها اشاره شد را میدهم.

تاریخ و امضا

تاریخ و امضا
شعبه خراسان