

ڈاکٹر فیضان عبدالحسین لاکھ دیر (DR. FAIZAN ABDUL HUSSAIN LAKHDIR)

ایمپلینٹ کے لیے رضامندی کا فارم — سرجن کاپی / مریض کی کاپی (CONSENT FORM FOR IMPLANT)

شناختی کارڈ / ایم آر نمبر (CNIC / MR No):

تاریخ (Date):

سیریل نمبر (Serial No):

ہسپتال / کلینک (Hospital / Clinic):

مریض کا نام (Patient Name):

عمر (Age):

جنس (Gender):

رابطہ نمبر (Contact No):

پتہ (Address):

طبی خطرات کی تفصیلات (Medical Risk Details):

مریض کی ذمہ داری (Patient Responsibility)

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ایمپلینٹ کے علاج کی کامیابی کا دارومدار منہ کی مناسب صفائی، باقاعدہ معائنے (Follow-up Visits)، تجویز کردہ ادویات کے بروقت استعمال، غذا سے متعلق دی گئی ہدایات پر عمل، اور نقصان دہ عادات مثلاً سگریٹ نوشی یا سخت چیزیں چبانے سے مکمل پرہیز پر ہے۔

اگر میں دی گئی ہدایات پر عمل نہیں کرتا/کرتی، فالو اپ وزٹس پر نہیں آتا/آتی، علاج ادھورا چھوڑ دیتا/دیتی ہوں، مصنوعی دانت لگانے کے مرحلے (Prosthetic Phase) میں تاخیر کرتا/کرتی ہوں، یا منہ کی صفائی برقرار رکھنے میں ناکام رہتا/رہتی ہوں، تو علاج کا حتمی نتیجہ غیر متوقع ہو سکتا ہے۔

اگر میں کسی دوسرے کلینک یا ہسپتال سے کرواتے گئے نامکمل ایمپلینٹ کیس، سابقہ سرجری، ہڈی کی پیوند کاری (Grafting)، ایمپلینٹ فکسنگ یا جزوی علاج کے بعد یہاں آیا ہوں، تو میں تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ سرجن دستیاب موجودہ حالت کا جائزہ لے کر ہی علاج کرے گا۔ سرجن سابقہ علاج، نامکمل ریکارڈز، یا مریض کی عدم توجہی کے باعث پیدا ہونے والے پوشیدہ مسائل یا غیر متوقع نتائج کا بالکل ذمہ دار نہیں ہوگا۔

رضامندی کا بیان (Consent Statement)

مجھے مکمل طور پر مطلع کیا گیا ہے کہ غائب دانت/دانتوں کے متبادل کے لیے مجھے ڈینٹل ایمپلینٹ کے علاج کی ضرورت ہے۔ اس طریقہ کار، اس کے فوائد، حدود، متبادل طریقہ ہائے علاج، اخراجات اور ممکنہ پیچیدگیوں کی تفصیلات مجھے آسان اور واضح الفاظ میں سمجھا دی گئی ہیں۔

یہ عمل میری عمومی طبی حالت اور سرجن کے کلینیکل فیصلے کی بنیاد پر لوکل اینسٹھیزیا (مقامی بے ہوشی) کے ذریعے ایپی نیفرین/ایڈرینالین (Epinephrine/Adrenaline) کے ساتھ یا اس کے بغیر کیا جا سکتا ہے۔

اضافی سرجری یا طریقہ کار کی ضرورت (Additional Procedure Requirement)

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ طبی اور ریڈیو گرافک معائنے کے بعد، ایمپلینٹ لگانے کی منصوبہ بندی دستیاب ہڈی اور نرم بافتوں (Soft Tissue) کی بنیاد پر کی جاتی ہے۔ تاہم سرجری کے دوران یا بعد میں درج ذیل اضافی طریقہ کار کی ضرورت پیش آ سکتی ہے:

• میمبرین لگانا (Membrane placement)

• نرم بافتوں کی پیوند کاری / فلیپ میں تبدیلی (Soft tissue grafting / flap modification)

• سائنٹس لفٹ / ہڈی کو پھیلانا (Sinus lift / ridge expansion)

• مزید ایکس رے / سی بی سی ٹی / دیگر ٹیسٹ (Additional X-rays / CBCT / investigations)

• ہڈی کی پیوند کاری (Bone grafting)

• ایمپلینٹ لگانے میں تاخیر یا مرحلہ وار علاج (Delayed implant placement / staged treatment)

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ابتدائی تشخیص کے بعد بھی ان اضافی طریقہ کار کی ضرورت پڑ سکتی ہے، جس کے لیے اضافی اخراجات، شفا یابی کا زائد وقت، اضافی اپوائنٹمنٹس یا دیگر ماہرین سے رجوع کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

ممکنہ خطرات اور پیچیدگیاں (Possible Risks and Complications)

• درد، سوجن، خون کا بہاؤ، نیل پڑنا، انفیکشن یا زخم دیر سے بھرنا

• ایمپلینٹ کا ہڈی کے ساتھ جڑنے میں ناکام ہو جانا (Failure to integrate)

• ایمپلینٹ کو نکالنے، تبدیل کرنے، ہڈی پیوند کرنے یا مزید سرجری کی ضرورت

• قریبی دانتوں، مسوڑھوں، سائنٹس، اعصاب (Nerves) یا ہڈی کا متاثر ہونا

مریض کا اقرار نامہ (Patient Declaration)

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مجھے طریقہ کار، فوائد، خطرات، متبادل، حدود، ممکنہ اضافی طریقہ کار اور مریض کی تمام تر ذمہ داریاں واضح طور پر سمجھا دی گئی ہیں۔ مجھے سوالات پوچھنے کا بھرپور موقع دیا گیا اور تمام جوابات تسلی بخش ملے۔

میں تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ ایمپلینٹ کی کامیابی، شفا یابی، حتمی خوبصورتی، آرام یا طویل مدتی بقا کی کوئی قطعی ضمانت نہیں دی گئی ہے۔ میں منصوبہ بند علاج کی مکمل رضامندی دیتا/دیتی ہوں۔ سرجن، ہسپتال یا عملہ اوپر بیان کردہ پیچیدگیوں یا ایمرجنسی کا ذمہ دار نہیں ہوگا۔

مریض / سرپرست کا نام:

ڈاکٹر کا نام:

مریض / سرپرست کے دستخط (Signature)

ڈاکٹر کے دستخط (Doctor's Signature)

گواہ کا نام اور دستخط (Witness Name & Signature):

[cite: 1]