

ڈاکٹر فیضان عبدالحسین لاکھ دیر (DR. FAIZAN ABDUL HUSSAIN LAKHDIR)
دانت نکالنے کے لیے رضامندی کا فارم — سرجن کاپی / مریض کی کاپی (CONSENT FORM FOR TOOTH EXTRACTION)

سیریل نمبر (Serial No):

تاریخ (Date):

ہسپتال / کلینک (Hospital / Clinic):

مریض کا نام (Patient Name):

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

عمر (Age):

رابطہ نمبر (Contact No):

جنس (Gender):

پتہ (Address):

طبی کیفیات / الرجی / ادویات (Medical Conditions / Allergies / Medicines):

رضامندی کا بیان (Consent Statement)

مجھے مطلع کیا گیا ہے کہ مجھے مذکورہ بالا دانت / دانتوں کو نکلوانے کی ضرورت ہے۔ دانت نکالنے کی وجہ مجھے آسان الفاظ میں سمجھا دی گئی ہے۔ یہ طریقہ کار لوکل اینسٹھیذا (مقامی بے ہوشی) کے تحت کیا جائے گا، جو میری طبی حالت اور دندان ساز / ڈاکٹر کے کلینیکل فیصلے کے مطابق ایپی نیفرین/ایڈرینالین (Epinephrine/Adrenaline) کے ساتھ یا اس کے بغیر دیا جا سکتا ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ لوکل اینسٹھیذا کی وجہ سے ہونٹ، زبان، گال، مسوڑھوں یا قریبی حصے میں عارضی بے حسی (سن بن) ہو سکتی ہے۔ میں نے ڈاکٹر کو کسی بھی قسم کی الرجی، دل کی بیماری، ہائی بلڈ پریشر، شوگر (ذیابیطس)، خون بہنے کے امراض (Bleeding Disorders)، دمہ، حمل، اینسٹھیذا کے سابقہ منفی ردعمل، یا اپنے زیر استعمال تمام ادویات کے بارے میں مکمل طور پر آگاہ کر دیا ہے۔

ممکنہ خطرات اور پیچیدگیاں (Possible Risks and Complications)

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگرچہ دانت نکالنا ایک عام اور معمول کا عمل ہے، تاہم اس میں درج ذیل پیچیدگیاں رونما ہو سکتی ہیں:

- درد، سوجن، خون بہنا، نیل پڑنا (Bruising)، یا انفیکشن
- ڈرائی ساکٹ (Dry socket) یا زخم بھرنے میں تاخیر
- قریبی دانتوں، فلنگ، کراؤن، برج یا مسوڑھوں کو نقصان پہنچنا
- دانت ٹوٹنا یا جڑ کا اندر رہ جانا جس کے لیے مزید سرجری درکار ہو
- بالائی پچھلے دانتوں میں سائنس کا متاثر ہونا (Sinus communication)
- ہونٹ، ٹھوڑی، زبان یا مسوڑھوں کا عارضی یا شاذ و نادر مستقل سن ہو جانا
- جبڑے میں سختی، منہ کھولنے میں دشواری یا جبڑے کے جوڑ میں تکلیف
- ٹانکوں، ادویات، ایکس رے، ریفرل یا مزید علاج کی ضرورت پیش آنا

مریض کا اقرار نامہ (Patient Declaration)

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ طریقہ کار، فوائد، خطرات، متبادل اور ممکنہ پیچیدگیوں کے بارے میں مجھے تفصیل سے سمجھا دیا گیا ہے۔ مجھے سوالات پوچھنے کا بھرپور موقع دیا گیا اور میرے تمام سوالات کے تسلی بخش جوابات دیے گئے ہیں۔ میں تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ نتائج کے حوالے سے کوئی قطعی ضمانت نہیں دی گئی ہے۔ میں دانت نکالنے اور مناسب سمجھے جانے والے طریقے کے مطابق ایپی نیفرین/ایڈرینالین کے ساتھ یا اس کے بغیر لوکل اینسٹھیذا کے استعمال کی مکمل رضامندی دیتا/دیتی ہوں۔

مریض / سرپرست کا نام:

ڈاکٹر کا نام:

مریض / سرپرست کے دستخط (Signature)

ڈاکٹر کے دستخط (Doctor's Signature)

گواہ کا نام:

گواہ کے دستخط (Witness Signature):

.com