

**Հիվանդ. խնդրում ենք լրացնել 1 - 5 և 6 - 11 համարները, ըստ անհրաժեշտության:**

1. **ՀԵՏԱՉՈՏՈՒԹՅՈՒՆ ԵՒ ՌԵՆՏԳԵՆ.** Ես հասկանում եմ, որ առաջին այցը կարող է պահանջել ռենտգեն՝ հետազոտությունը, ախտորոշումը և բուժման պլանները կարգավորելու համար:
2. **ԴԵՂԵԿԱԳՎԱԾ ԵՄ Լ ԿԱՍԿԱՆՈՒՄ ԵՄ,** որ հակաբիոտիկները և ցավազրկողները և այլ դեղամիջոցները կարող են առաջացնել այլերգիկ ռեակցիաներ՝ հյուսվածքների կարմրություն և այտուց, ցավ, քոր, փսխում և/կամ անաֆիլակտիկ ցնցում (ծանր այլերգիկ ռեակցիա): Նրանք կարող են առաջացնել քնկոտություն և տեղեկացվածության և համակարգման պակաս, ինչը կարող է մեծանալ այլ կոհոլի կամ այլ դեղամիջոցների օգտագործման արդյունքում: Ես հասկանում եմ լիովին համաձայն եմ չվարել որևէ մեքենա կամ վտանգավոր սարք առնվազն 12 ժամ կամ մինչև անզգայացման միջոցի, դեղամիջոցների հետևանքներից լիովին ապաքինվելը, որոնք կարող էին ինձ տրվել ատամնաբուժի գրասենյակում իմ խնամքի համար: Ես հասկանում եմ, որ սահմանված կարգով ինձ համար նախատեսված դեղերը չընդունելը կարող է առաջացնել շարունակական կամ սրված վարակի և ցավի և իմ վիճակի արդյունավետ բուժման հնարավոր խանգարումի ռիսկեր: Ես հասկանում եմ, որ հակաբիոտիկները կարող են նվազեցնել բանավոր հակաբեղմնավորիչների արդյունավետությունը:
3. **ԲՈՒԺՄԱՆ ՊԼԱՆԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ.** Ես հասկանում եմ, որ բուժման ընթացքում կարող է անհրաժեշտ լինել փոխել կամ ավելացնել պրոցեդուրաները ատամների վրա աշխատելիս հայտնաբերված պայմանների պատճառով, որոնք չեն հայտնաբերվել հետազոտության ընթացքում, որոնցից ամենատարածվածը արմատային ջրանցքի բուժումն է սովորական վերականգնողական պրոցեդուրաներից հետո: Ես թույլ եմ տալիս ատամնաբույժին անհրաժեշտության դեպքում կատարել ցանկացած/բոլոր փոփոխությունները և լրացումները:
4. **ԺԱՄԱՆԱԿԱՎՈՐՈՒՄ ԵՄ ԿՐՈՒՄ (TMD).** Ես հասկանում եմ, որ ցատկեր, սեղմել, կողպել և ցավի ախտանիշները կարող են ուժեղանալ կամ զարգանալ ստորին ծնոտի հոդերում (ականջի մոտ) սովորական ատամնաբուժական բուժման հետևանքով, հաշվի առնելով այն փաստը, որ բերանը պահվում է բաց վիճակում: Թեև ատամնաբուժական բուժման հետ կապված TMD-ի ախտանիշները սովորաբար անցողիկ բնույթ են կրում և լավ հանդուրժվում են հիվանդների մեծ մասի կողմից, ես հասկանում եմ, որ եթե բուժման անհրաժեշտություն առաջանա, ես կուղարկվեմ մասնագետի մոտ բուժման համար, և որի գինը վճարելը իմ պատասխանատվությունն է:
5. **ԱՍԱՆԱԲՈՒԹՅԱԿԱՆ ՆՅՈՒՆՆԵՐԻ ՏԵՐԵԿԱՏՎԱԿԱՆ ԹԵՐԹԻԿ.** Ես ընդունում եմ, որ կարողացել եմ ատամնաբուժական նյութերի տեղեկատվական թերթիկը:
6. **ԼՑՈՒՄՆԵՐ.** Ես հասկանում եմ, որ առաջին 24 ժամվա ընթացքում լցնումների վրա ծամելու ժամանակ պետք է զգույշ լինել՝ դրանք կտրելուց խուսափելու համար: Ես հասկանում եմ, որ զգայունությունը սովորական երեւույթ է նոր տեղադրված լցումն և հետևանքով:
7. **ԱՍԱՆԱԲՈՒԹՅԱԿԱՆ ՀՆՈՒՄՆԵՐ.** Հեռացման այլընտրանքներն ինձ բացատրվել են (արմատային ջրանցքի բուժում, ատամնապսակներ և պարոդոնտալ վիրահատություն և այլն), և ես լիազորվում եմ ատամնաբույժին հեռացնել տվյալ ատամները և ցանկացած այլ ատամ համար 3 կետում նշված պատճառներով: Ես հասկանում եմ, որ ատամները հեռացնելը միշտ չէ, որ հեռացնում է ամբողջ վարակը, եթե դա առկա է, և կարող է անհրաժեշտ լինել հետագա բուժում: Ես հասկանում եմ ատամների հեռացման հետ կապված ռիսկերը, որոնցից մի քանիսն են ցավը, այտուցը և վարակի տարածումը, dry socket, ատամներիս, շուրթերիս, լեզվիս և շրջակա հյուսվածքի զգացողության կորուստը (պարեստեզիա), որը կարող է տևել անորոշ ժամանակ ծնոտի կտրվածքի դեպքում: Ես հասկանում եմ, որ կարող եմ կարիք ունենալ մասնագետի կողմից հետագա բուժման կամ նույնիսկ հոսպիտալացման, եթե բուժման ընթացքում կամ դրանից հետո բարդություններ առաջանան, և ես պետք է վճարեմ դրանց ծախսերը:
8. **ԱՍԱՆԱԲՈՒԹՅԱԿԱՆ ԿԱՍԿԱՆՈՒՄ, ԿԻՆԻՆՆԵՐ ԿՐՈՒՄ ԵՄ ԵՎ BONDING.** Ես հասկանում եմ, որ երբեմն հնարավոր չէ բնական ատամների գույնը ճիշտ համապատասխանեցնել արհեստական ատամների հետ: Ես նաև հասկանում եմ, որ ես կարող եմ կրել ժամանակավոր ատամնապսակներ, որոնք կարող են հեշտությամբ պոկվել, և որ ես պետք է զգույշ լինեմ, որպեսզի դրանք պահվեն մինչև մշտական ատամնապսակների տեղադրումը: Ես գիտակցում եմ, որ իմ նոր ատամնապսակի, կամրջի կամ պսակի մեջ փոփոխություններ կատարելու վերջին հնարավորությունը (ներառյալ ձևը, համապատասխանությունը, չափը և գույնը) կլինի նախքան ցեմենտացումը: Ինձ բացատրվեց, որ շատ քիչ դեպքերում կոսմետիկ պրոցեդուրաները կարող են հանգեցնել և ազդել «պայագա արմատային ջրանցքի բուժման անհրաժեշտության վրա, որը միշտ հնարավոր չէ կանխատեսել կամ ակնկալել: Ես հասկանում եմ, որ կոսմետիկ պրոցեդուրաները կարող են ազդել ատամների մակերեսների վրա և կարող են պահանջել ամենօրյա մաքրման ընթացակարգերի փոփոխություն:
9. **ԱՍԱՆԱԲՈՒԹՅԱԿԱՆ ԴՐՈՒԹՅՆԵՐ (ամբողջական կամ մասնակի).** Ես գիտակցում եմ, որ ամբողջական կամ մասնակի պրոթեզները արհեստական են՝ պատրաստված պլաստիկից, մետաղից և/կամ ճենապակուց: Ինձ բացատրվել են այդ սարքերը կրելու խնդիրները, ներառյալ թուլությունը, ցավը և հնարավոր կոտրումը: Ես գիտակցում եմ, որ իմ նոր պրոթեզի փոփոխություններ անելու վերջին հնարավորությունը (ներառյալ ձևը, համապատասխանությունը, չափը, տեղադրումը և գույնը) կլինի «teeth in way» փորձարկման այցը: Ես հասկանում եմ, որ պրոթեզների մեծամասնությունը պահանջում է վերադասավորում նախնական տեղադրումից մոտավորապես երեքից տասներկու ամիս հետո: Այս պրոցեդուրաների գինը ներառված չէ ատամների ծառայությունների սկզբնական վճարի մեջ:
10. **ԷՆԴՈՒՆՈՒՄ ԵՄ ԲՈՒԾՈՒՄ (արմատային ջրանցք).** Ես գիտակցում եմ, որ երաշխիք չկա, որ արմատային ջրանցք բուժումը կփրկի իմ ատամը, և որ բուժումից կարող են բարդություններ առաջանալ, և որ երբեմն մետաղական առարկաները ցեմենտացվում են ատամի մեջ կամ տարածվում են արմատի միջով, ինչը տարածվում է արմատի միջով, ինչը անպայմանորեն չի ազդում բուժման հաջողության վրա: Ես հասկանում եմ, որ երբեմն կարող են անհրաժեշտ լինել լրացուցիչ վիրաբուժական միջամտություններ՝ արմատային ջրանցքի բուժումից հետո (Apicoectomy):
11. **ՊԱՐԵՐԿԱԿԱՆ ԲՈՒԾՈՒՄ.** Ես հասկանում եմ, որ ունեմ լուրջ վիճակ, որն առաջացնում է լնդերի բորբոքում և/կամ ոսկորների կորուստ, և որ դա կարող է հանգեցնել իմ ատամների կորստի: Ինձ բացատրվել են բուժման այլընտրանքային ծրագրերը, ներառյալ ոչ վիրահատական մաքրումը, լնդերի վիրահատությունը և/կամ հեռացումները: Ես հասկանում եմ, որ ցանկացած բուժման հաջողությունը մասամբ կախված է ամեն օր ատամները լվանալու և թել օգտագործելու, կանոնավոր մաքրում ստանալու, առողջ

աննդակարգին հետևելու, ծխախոտից խուսափելու և այլ առաջարկություններին հետևելու իմ ցանքերից:

Ես հասկանում եմ, որ ստոմատոլոգիան ճշգրիտ գիտություն չէ, և, հետևաբար, հեղինակավոր բժիշկները չեն կարող պատշաճ կերպով երաշխավորել արդյունքները: Ես ընդունում եմ, որ որևէ երաշխիք կամ հավաստիացում չի տրվել իմ կողմից խնդրած և լիազորած ատամնաբուժական բուժման վերաբերյալ: Ես հասկանում եմ, որ յուրաքանչյուր ատամնաբույժ անհատական բժիշկ է և անհատապես պատասխանատու է ինձ ցուցաբերած ատամնաբուժական խնամքի համար: Ես նաև հասկանում եմ, որ ցանկացած այլ ատամնաբույժ, բացի ինձ բուժող ատամնաբույժից, պատասխանատու է իմ ատամների բուժման համար: Ես հաստատում եմ և հասկանում եմ հետվիրահատական ցուցումների ստացումը, և ինձ նշանակվել է նորից այցելելու ժամադրություն:

**Չրաժարում պատասխանատվությունից.** Ստորագրելով այս ձևը՝ ես ընդունում եմ, որ կարդացել եմ և համաձայն եմ վերը 1-11 համարներուն նշված խնամքի և բուժման հետ: Վերը նշված յուրաքանչյուր կետի նախաստորագրման փոխարեն, ստորև ներկայացված ստորագրությունը կծառայի որպես իմ համաձայնությունը վերոհիշյալ խնամքի և բուժման տարբերակներին:

**Չիվանդի ստորագրություն՝** \_\_\_\_\_ **Ամսաթիվ՝** \_\_\_\_\_

**Բժիշկ Ստորագրություն՝** \_\_\_\_\_ **Ամսաթիվ՝** \_\_\_\_\_