



THÔNG BÁO ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ NHA KHOA

Vui lòng đọc và ký tắt vào các mục được đánh dấu bên dưới. Đọc kỹ và ký tên ở cuối mẫu đơn.

• **1. Việc cần làm**

Tôi hiểu rằng tôi cần phải làm các việc sau:

_____ Trám răng _____ Cầu răng _____ Bọc răng _____ Nhổ răng
_____ Gây tê _____ Lấy tủy răng _____ Làm sạch răng.

(Tên viết tắt _____)

• **2. Thuốc và dược phẩm**

Tôi hiểu rằng thuốc kháng sinh, thuốc giảm đau và các loại thuốc khác có thể gây ra phản ứng dị ứng gây mẩn đỏ và sưng tấy các mô, đau, ngứa, nôn mửa hoặc/ và sốc phản vệ (phản ứng dị ứng nghiêm trọng).

(Tên viết tắt _____)

• **3. Thay đổi kế hoạch điều trị**

Tôi hiểu rằng có thể cần phải thay đổi hoặc bổ sung phương án điều trị do tình trạng răng được phát hiện khi nha sĩ khám mà không được phát hiện khi khám trước đó. Tôi cho phép Nha sĩ thực hiện bất kỳ/tất cả các thay đổi và bổ sung nếu cần thiết.

(Tên viết tắt _____)

• **4. Phòng bệnh nha khoa (Vệ sinh răng miệng)**

Tôi hiểu rằng việc vệ sinh răng kỹ lưỡng là cần thiết để giúp chữa lành mô nướu bị viêm hoặc nhiễm trùng. Quy trình này bao gồm việc loại bỏ các mảng bám mềm tích tụ và cặn vôi cứng hơn ở trên và dưới đường viền nướu. Fluoride được khuyến khích sử dụng như một phần của quy trình làm sạch. Tuy nhiên, trách nhiệm của tôi là phải cho nhân viên nha khoa biết nếu tôi muốn không sử dụng fluorid

(Tên viết tắt _____)

• **5. X-Rays**

Tại Just Dental, hình ảnh kỹ thuật số sử dụng ít bức xạ hơn, nghĩa là sử dụng rất ít bức xạ và cực kỳ an toàn. Tôi hiểu rằng có thể cần phải chụp Intraoral X-ray (chụp X-ray trong miệng) – để hoàn tất việc khám, chẩn đoán và kế hoạch điều trị.

(Tên viết tắt _____)

• **6. Trám răng**

Nếu răng của tôi không đáp ứng với điều trị trám răng thì có thể cần phải điều trị thêm như điều trị lấy tủy răng hoặc/ và bọc răng. Tôi hiểu rằng những thay đổi đáng kể trong phản ứng với nhiệt độ có thể xảy ra sau khi phục hồi răng, chẳng hạn như răng nhạy cảm hoặc đau tạm thời. Tôi hiểu rằng miếng trám không tồn tại vĩnh viễn và cần phải thay thế định kỳ. Tôi hoàn toàn hiểu rằng tôi có thể cần được điều trị thêm tại văn phòng này hoặc có thể bởi bác sĩ chuyên khoa nếu các biến chứng phát sinh trong quá trình điều trị và mọi chi phí phát sinh là trách nhiệm của tôi.

(Tên viết tắt _____)

• **7. Nhổ răng**

Các giải pháp thay thế cho việc nhổ răng đã được giải thích cho tôi (điều trị tủy răng, bọc răng và phẫu thuật nha chu ...). Tôi ủy quyền cho Nha sĩ nhổ bỏ những chiếc răng sau _____ và bất kỳ răng nào khác cần thiết vì những lý do ở đoạn #3. Tôi hiểu rằng việc nhổ răng không phải lúc nào cũng loại bỏ được tất cả tình trạng nhiễm trùng, và nếu có, có thể cần phải điều trị thêm. Tôi hiểu những rủi ro liên quan đến việc nhổ răng, một số trong đó là đau, sưng tấy, nhiễm trùng lây lan, khô ổ răng, mất cảm giác ở răng, môi, lưỡi và các mô xung quanh (Dị cảm). Tình trạng có thể kéo dài trong một khoảng thời gian không xác định (ngày hoặc tháng) hoặc gãy xương hàm. Tôi hiểu rằng tôi có thể cần được bác sĩ chuyên khoa điều trị thêm hoặc thậm chí phải nhập viện nếu có biến chứng xảy ra trong quá trình điều trị sau đó và chi phí đó là trách nhiệm của tôi.

(Tên viết tắt _____)

• **8. Bọc răng và Cầu răng**

Tôi hiểu rằng đôi khi không thể so sánh chính xác màu sắc của răng tự nhiên với răng nhân tạo. Tôi hiểu thêm rằng tôi có thể đang đeo bọc răng tạm thời, có thể dễ dàng bong ra và tôi phải cẩn thận để đảm bảo rằng chúng được giữ nguyên cho đến khi bọc răng vĩnh viễn được giao. Tôi hiểu rằng lần cuối để thực hiện các thay đổi trên bọc răng và/hoặc cầu răng (bao gồm hình dạng, độ khít, kích thước và màu sắc) sẽ là trước khi gắn xi măng.

(Tên viết tắt _____)

• **9. Răng giả (Toàn bộ hoặc Một phần)**

Tôi hiểu rằng răng giả (toàn phần hoặc một phần) là răng giả nhân tạo, được làm bằng nhựa, kim loại và/hoặc sứ. Các vấn đề khi đeo những thiết bị này đã được giải thích cho tôi, bao gồm tình trạng lỏng lẻo, đau nhức và có thể bị gãy. Tôi hiểu rằng lần cuối để thực hiện các thay đổi với hàm răng giả mới của mình (bao gồm hình dạng, độ khít, kích thước, vị trí và màu sắc) sẽ là buổi khám thử “răng bằng sáp”. Tôi hiểu rằng hầu hết các răng giả đều cần phải chỉnh lại khoảng ba đến mười hai tháng sau lần đặt đầu tiên. Chi phí cho thủ tục này không được bao gồm trong phí làm răng giả ban đầu.

(Tên viết tắt _____)

• **10. Lấy tủy răng**

Tôi hiểu rằng không có gì đảm bảo rằng việc điều trị tủy sẽ cứu được răng của tôi và các biến chứng có thể xảy ra khi điều trị và đôi khi các vật kim loại được gắn vào răng hoặc kéo dài qua chân răng, điều này không nhất thiết sẽ làm ảnh hưởng đến sự thành công của việc điều trị. Tôi hiểu rằng đôi khi có thể cần phải thực hiện thêm các thủ thuật phẫu thuật bổ sung sau khi điều trị tủy răng (phẫu thuật cắt bỏ chóp chân răng).

(Tên viết tắt _____)

• **11. Mất nha chu (mô và xương)**

Tôi hiểu rằng tôi đang mắc một bệnh lý nghiêm trọng, gây nhiễm trùng hoặc mất răng và nướu và có thể dẫn đến mất răng. Tôi đã được giải thích về các kế hoạch điều trị thay thế, bao gồm phẫu thuật nướu, thay thế và/hoặc nhổ răng. Tôi hiểu rằng việc thực hiện bất kỳ thủ thuật nha khoa nào có thể có ảnh hưởng xấu đến tình trạng nha chu của tôi trong tương lai.

(Tên viết tắt _____)

Chữ ký bệnh nhân: _____ Date: _____

Tên bệnh nhân: _____