child dental centre **DENTAL TREATMENT UNDER GENERAL ANAESTHETIC**	U.R. No	(Please place patient label here)	(يرجى وضع اسم المريض هنا)		child dental centre **علاج طب الأسنان تحت التخدير العام**
	Surname			اسم العائلة	
	Given Names			اسم المريض	
	D.O.B	Sex M F	الجنس ذكر أنثى	العمر	
	G P			الطبيب العام	

A. INTERPRETER/ CULTURAL NEEDS

An Interpreter Service is required yes no

If yes, is a qualified Interpreter present yes no

A Cultural Support Person is required yes no

If yes, is a Cultural Support Person present yes no

B. CONDITION AND PROCEDURE

The Dentist has explained that I have the following condition: *(Dentist to document in patient's own words)*

The following dental treatment will be performed. (*Dentist to tick relevant boxes).*

Examination of all teeth and gums

Dental x-rays as part of routine dental examination

Fillings and removal of teeth as required

Other treatment proposed *(The dentist must document anytreatment plan that is not covered by the above).*

أ. مترجم / الاحتياجات الثقافية

يحتاج إلى خدمة الترجمة نعم ☐ لا ☐

إذا كان الجواب نعم ، هو حضور مترجم مؤهل نعم ☐ لا ☐

مطلوب دعم شخص مثقف نعم ☐ لا ☐

إذا كان الجواب نعم، هو حضور دعم الشخص المثقف نعم ☐ لا ☐

ب. الشـرط والإجـراء

طبيب الأسنان وأوضح أن لدي الشرط التالي : (طبيب الأسنان إلى الوثيقة بعبارة المريض نفسه)

سيتم تنفيذ المعاملة التالية الأسنان.
(طبيب أسنان لوضع علامة مربعات ذات الصلة).

☐ فحص جميع الأسنان واللثة

☐ الأسنان الأشعة السينية كجزء من الروتين حشوات الأسنان

☐ فحص وإزالة الأسنان حسب الحاجة.

المعالجة المقترحة (طبيب الأسنان ويجب توثيق أي خطة العلاج التي لا تغطيها أعلاه).

It is important to note:
Teeth that cannot be saved will be removed.
Other dental procedures may be done to treat the patient's dental disease or other oral problems found during the procedure.

C.ANEASTHETIC

See "About your anaesthetic" information sheet for information about the anaesthetic and the risks involved. If you have any concerns, talk these over with your anaesthetist.

If you have not been given an information sheet, please ask for one.

D.RISK OF THIS PROCEDURE

There are some risks/ complications, which include:

a) Pain and swelling following a tooth extraction. This may require pain killers.
b) Bleeding of the socket. This is usually minor and easily controlled by the dentist.
c) Infection of the extraction socket (dry socket). This may cause some pain and discomfort, but is usually easily managed by the dentist.
d) Biting of a numb lip which may cause damage. The patient needs to be watched closely by the parent/ guardian/ carer until the numbness wears off.
e) Hot and cold sensitivity following fillings. This is usually temporary and should settle without further treatment. Rarely, the condition does not get better and may need further dental treatment.

مـن المهم ملاحظـة :
الأسنان التي لا يمكن حفظها سيتم ازالتها. ويمكن أن تتم إجراءات أخرى للأسنان لعلاج مرض المريض عن طريق فم الأسنان أو مشاكل أخرى وجدت أثناء العملية.

ج. إبـرة التخديـر

راجع "حول المخدر الخاص" ورقة المعلومات للحصول على معلومات حول التخدير والمخاطر التي تنطوي عليها. إذا كان لديك أية مخاوف ، تحدث عنها عند طبيب التخدير الخاص بك.

إذا لم تعطى ورقة المعلومات ، يرجى طلب واحد.

د. مخاطر هذا الإجـراء

وهناك بعض المخاطر / مضاعفات ،
والتي تشمل :

أ. ألم وتورم بعد قلع الأسنان. وهذا قد يتطلب المسكنات.
ب. نزيف من المآخذ. هذه هي عادة بسيطة والسيطرة عليها بسهولة من قبل طبيب الأسنان.
ت. من العدوى استخراج المقبس (المقبس الجاف). وهذا قد يسبب بعض الألم والانزعاج ، ولكن من السهل عادة أن تدار من قبل طبيب الأسنان.
ث. من العض على الشفاه المخدرة التي قد تسبب الضرر. المريض يحتاج للمراقبة عن كثب من قبل الوالد / الوصي / مقدم الرعاية حتى انتهاء فترة التخدير.
ج. حشوات حساسية الساخنة والباردة التالية. هذا هو عادة مؤقتة وينبغي تسوية دون مزيد من العلاج. نادرا ، وحالة لا تحصل على أفضل وربما يحتاج إلى مزيد من علاج الأسنان.

E. SIGNIFICANT RISKS AND RELEVANT TREATMENT OPTIONS

The Dentist has explained any significant risks and problems specific to me, and the likely outcomes if complications occur. The Dentist has also explained relevant treatment options as well as the risks of not having the procedure.
(Dentist to document in space provided. Continue in Medical Record if necessary. Cross out if not applicable.

F.PATIENT CONSENT

I acknowledge that:
The Dentist has explained my dental condition and the proposed procedure. I understand the risks of the procedure, including the risks that are specific to me, and the likely outcomes.
The Dentist has explained other relevant treatment options and their associated risks.
The Dentist has explained my prognosis and the risks of not having the procedure.

I have been given a Patient Information Sheet on Anaesthesia (Version 2: 11/2002).
I have been given a Patient Information Sheet (Version 4: 2/2004) about the procedure and its risks.
I was able to ask questions and raise concerns with the Dentist about my condition, the procedure and its risks, and my treatment options. My questions and concerns have been discussed and answered to my satisfaction.

I understand that other dental procedures may be performed to treat previously undiagnosed dental disease or to correct my oral condition.

I understand that the dental treatment may include a

هـ. مخاطر كبيرة وخيارات العلاج ذات الصلة

وأوضح طبيب الأسنان أي مخاطر كبيرة والمشـاكل المحـددة لي ، والنتائج المحتملة إذا حدثت مضاعفات. وأوضح طبيب الأسنان أيضا خيارات العلاج ذات الصلة فضلا عن عدم وجود مخاطر من هذا الإجراء.

(طبيب أسنان للوثيقة المقدمة في الفراغ. الاستمرار في السجلات الطبية إذا لزم الأمر. الإلغاء ما إذا كانت لا تنطبق.

و. مـــوافقة المريـــض

أقـــر بـأن :
طبيب الأسنان وقد شرح حالة الأسنان والإجراءات المقترحة. أفهم مخاطر هذا الإجراء ، بما في ذلك المخاطر التي هي محددة بالنسبة لي ، والنتائج المحتملة.
وأوضح طبيب الأسنان الأخرى ذات الصلة خيارات العلاج والمخاطر المرتبطة بها.
وأوضح طبيب الأسنان تشخيص المشاكل والمخاطر من عدم وجود هذا الإجراء.

وقد أعطيت ورقة معلومات المرضى في التخدير (النسخة 2 : 11 / 2002). **لقد تم إعطاء معلومات للمرضى ورقة** (النسخة 4 : 2 / 2004) حول الإجراء ومخاطره.

وكنت قادرا على طرح الأسئلة وإثارة المخاوف مع طبيب الأسنان عن حالتي ، والإجراءات ومخاطرها ، وخيارات العلاج مشـاكلي. وقـد نوقشت وأجاب على أسئلتي ، وأدى إلى ارتياحي.

أنا أفهم أن قد يتم تنفيذ إجراءات أخرى لعلاج الأسنان أمراض الأسنان تشخيصها سابقا أو لتصحيح وضعي عن طريق الفم.

وأفهم أن علاج الأسنان يمكن أن يشمل عملية نقل دم.

blood transfusion.

I understand that if teeth are removed during the dental treatment, that these may be retained for training purposes and then disposed of sensitively.

I understand that a Dentist other than the examining Dentist may conduct the dental treatment.

The Dentist has explained to me that if immediate life-threatening events happen during the procedure, they will be treated accordingly.
I understand that photographs or video footage may be taken during my operation. These may then be used for teaching health professionals. You will not be identified in any photo or video.
I understand that no guarantee has been made that the procedure will improve the condition, and that the procedure may make my condition worse.

On the basis of the above statements,
I REQUEST TO HAVE THE PROCEDURE

Name of Patient/
Substitute decision maker
and relationship --

Signature --

Date --

Substitute Decision Maker Under the Powers of Attorney Act 1998 and/ or the Guardianship and Administration Act 2000. If the patient is an adult and unable to give consent, an authorized decision- maker must give consent on the patient's behalf.

G.INTERPRETER'S STATEMENT

I have given a translation in.........................
(*state the patient's language here*) of the consent form and any verbal and written information given to the patient/ parent or guardian/ substitute decision maker by the Dentist.

Name of Interpreter --

Signature --

Date --

H.DENTIST'S STATEMENT

I have explained
- the patient's condition

وأنا أفهم أنه إذا تم قلع الأسنان أثناء علاج الأسنان، والتي قد يتم الاحتفاظ بها لغرض التدريب ثم التخلص منها بحساسية.

أنا أفهم أن حضور طبيب أسنان آخر غير طبيب الأسنان المعالج لي سوف
يجري المعالجة.

وقد شرح لي طبيب الأسنان إذا حدث أمر طارئ أثناء إجراء العملية ، فإننا سوف نتعامل وفقا لذلك.

أفهم أنه اذا تم التقاط صور فوتوغرافية أو لقطات فيديو خلال العملية.ثم يتم استخدامها لتعليم المهنيين الصحيين. لن يتم التعرف عليك في أي صورة أو فيديو.

أنا أفهم أنه لا ضمان بأن الإجراء سيؤدي إلى تحسين الحالة ، وإلى أن الإجراء قد يجعل حالتي سيئة.

على أساس البيانات المذكورة أعلاه،
أطلب أن أقوم بالإجراء

إسم المريض/
صانع القرار البديل
والعلاقة --

التوقيع --

تاريخ --

البديل صانع القرار بموجب قانون صلاحيات المدعي 1998 و / أو الوصاية وقانون الإدارة 2000. إذا كان المريض هو أخلاقي وغير قادر على إعطاء الموافقة ، يجب على أذن صانع القرار إعطاء الموافقة نيابة عن المريض.

ز. بيان المترجم

لقد قدمت بيان ترجمة في ....
(وضع لغة المريض هنا) من النموذج موافقة وأية معلومات شفهية وخطية وتعطى للمريض / الوالد أو ولي الأمر / صانع القرار بديلا من قبل طبيب الأسنان.

اسم المترجم --------------------------------- --------

التوقيع --

التاريخ -- --

س. بيان طبيب الأسنان لديهم

لقد شرحت

- need for treatment
- the procedure and the risks
- relevant treatment options and their risks
- likely consequences if those risks occur
- the significant risks and problems specific to this patient.

I have given the patient/ substitute decision maker an opportunity to

- ask questions about any of the above matters
- raise any other concerns

Which I have answered as fully as possible.

I am of the opinion that the patient/ substitute decision-maker understood the above information.

Name of Dentist --

Signature --

Date --

PROCEDURE

One or more of the following procedures will be done - as listed on the consent form. examination of all teeth and gums , dental x-rays as part of routine dental examination, fillings and removal of teeth as required Other treatment.

I .ANEASTHETIC

See "About your anaesthetic" information sheet for information about the anaesthetic and the risks involved. If you have any concerns, talk these over with your anaesthetist.

If you have not been given an information sheet, please ask for one.

S.RISK OF THIS PROCEDURE

There are some risks/ complications, which include:

a) Pain and swelling following a tooth extraction. This may require pain killers.
b) Bleeding of the socket. This is usually minor and easily controlled by the dentist.
c) Infection of the extraction socket (dry socket). This may cause some pain and discomfort, but is usually easily managed by the dentist.

- حالة المريض
- الحاجة للعلاج
- الإجراء والمخاطر
- خيارات العلاج ذات الصلة والمخاطر التي يتعرضون لها
- العواقب المحتملة إذا حدثت تلك المخاطر
- على مخاطر كبيرة والمشاكل المحددة لهذا المريض.

لقد أعطيت للمريض قرار بديل / صانع فرصة ل

- طرح أسئلة حول أي من المسائل المذكورة أعلاه
- تثير أي مخاوف أخرى

التي قد أجبت على أكمل وجه ممكن.

أنا من رأي أن المريض / بديلا صانع قرار ، فهم المعلومات الواردة أعلاه.

اسم طبيب الأسنان --

التوقيع --

تاريخ --

الإجراء

وسيتم ذلك الإجراء واحد أو أكثر من الإجراءات التالية -- على النحو الوارد في نموذج الموافقة. فحص جميع الأسنان واللثة الأسنان الأشعة السينية كجزء من الروتين حشوات الأسنان وإزالة فحص الأسنان كما هو مطلوب.

ش. إبرة التخدير

راجع "حول المخدر الخاص" ورقة المعلومات للحصول على معلومات حول التخدير والمخاطر التي تنطوي عليها. إذا كان لديك أية مخاوف ، تحدث عنها عند طبيب التخدير الخاص بك.

إذا لم تعطى ورقة المعلومات ، يرجى طلب واحد.

ذ. مخاطر هذا الإجراء

وهناك بعض المخاطر / مضاعفات ، تشمل :

أ. ألم وتورم بعد قلع الأسنان. وهذا قد يتطلب المسكنات.

ب. نزيف من المآخذ. هذه هي عادة بسيطة والسيطرة عليها بسهولة من قبل طبيب الأسنان.

ت. من العدوى استخراج المقبس (المقبس الجاف). وهذا قد يسبب بعض الألم والانزعاج ، ولكن من السهل عادة أن تدار من قبل

	طبيب الأسنان.
d) Biting of a numb lip which may cause damage. The patient needs to be watched closely by the parent/ guardian/ carer until the numbness wears off.	ث. من العض على الشفاه المخدرة التي قد تسبب الضرر. المريض يحتاج للمراقبة عن كثب من قبل الوالد / الوصي / مقدم الرعاية حتى انتهاء فترة التخدير.
e) Hot and cold sensitivity following fillings. This is usually temporary and should settle without further treatment. Rarely, the condition does not get better and may need further dental treatment.	ح. حشوات حساسية الساخنة والباردة التالية. هذا هو عادة مؤقتة وينبغي تسوية دون مزيد من العلاج. نادرا ، وحالة لا تحصل على أفضل وربما يحتاج إلى مزيد من علاج الأسنان.
I ACKNOWLEDGE THAT:	**وأقـــــر بـــأن :**
The Dentist has explained my dental condition and the proposed procedure. I understand the risks of the procedure, including the risks that are specific to me, and the likely outcomes.	طبيب الأسنان وقد شرح حالتي الأسنان والإجراءات المقترحة. أفهم من مخاطر هذا الإجراء ، بما في ذلك المخاطر التي هي محددة بالنسبة لي ، والنتائج المحتملة.
The Dentist has explained other relevant treatment options and their associated risks.	وأوضح طبيب الأسنان الأخرى ذات الصلة خيارات العلاج والمخاطر المرتبطة بها.
The Dentist has explained my prognosis and the risks of not having the procedure.	وأوضح طبيب تشخيص بلدي والمخاطر من عدم وجود هذا الإجراء.
I have been given a Patient Information Sheet on Anaesthesia (Version 2: 11/2002).	وقد أعطيت ورقة معلومات المرضى في التخدير (النسخة 2 : 11 / 2002).
I have been given a Patient Information Sheet (Version 4: 2/2004) about the procedure and its risks.	لقد تم إعطاء معلومات للمرضى ورقة (النسخة 4 : 2 / 2004) حول الإجراء ومخاطره.
I was able to ask questions and raise concerns with the Dentist about my condition, the procedure and its risks, and my treatment options. My questions and concerns have been discussed and answered to my satisfaction.	وكنت قادرا على طرح الأسئلة وإثارة المخاوف مع طبيب الأسنان عن حالتي ، والإجراءات ومخاطرها ، وخيارات لعلاج مشكلتي. وقد نوقشت وأجاب على أسئلتي ، وأدى إلى ارتياحي.
I understand that other dental procedures may be performed to treat previously undiagnosed dental disease or to correct my oral condition.	أنا أفهم أن قد يتم تنفيذ إجراءات أخرى لعلاج الأسنان أمراض الأسنان تشخيصها سابقا أو لتصحيح وضعي عن طريق الفم.
I understand that the dental treatment may include a blood transfusion.	وأفهم أن علاج الأسنان يمكن أن تشمل عملية نقل دم.
I understand that if teeth are removed during the dental treatment, that these may be retained for training purposes and then disposed of sensitively.	وأنا أفهم أنه إذا تتم قلع الأسنان أثناء علاج الأسنان ، والتي قد يتم الاحتفاظ هذه لأغراض التدريب ثم التخلص منها بحساسية.
I understand that a dentist other than the examining dentist may conduct the dental treatment.	أنا أفهم أن حضور طبيب أسنان آخر غير طبيب الأسنان المعالج لي سوف يجري المعالجة.
The Dentist has explained to me that if immediate life-threatening events happen during the procedure, they will be treated accordingly.	وقد شرح لي طبيب الأسنان إذا حدث أمر طارئ أثناء إجراء العملية ، فإننا سوف نتعامل وفقا لذلك.
I understand that photographs or video footage may be taken during my operation. These may then be used for teaching health professionals. You will not be identified	أفهم أنه اذا تم التقاط صور فوتوغرافية أو لقطات فيديو خلال العملية.ثم يتم استخدامها لتعليم المهنيين الصحيين. لن يتم التعرف عليك في أي

in any photo or video. I understand that no guarantee has been made that the procedure will improve the condition, and that the procedure may make my condition worse. On the basis of the above statements, **I REQUEST TO HAVE THE PROCEDURE.**	صورة أو فيديو. أنا أفهم أنه لا ضمان بأن الإجراء سيؤدي إلى تحسين الحالة ، وإلى أن الإجراء قد يجعل حالتي سيئة. أنا أفهم أن طبيب الأسنان غير فحص طبيب الأسنان قد إجراء علاج الأسنان. على أساس البيانات المذكورة أعلاه ، **أطلـــب أن أقــوم بالإجــراء**