

Website: www.cdic.co.in

Contact No: 9970504270

Email: cdic.pune@gmail.com

Informed consent of extraction

date: / /

Before you give your permission for the removal of teeth, removal of impacted teeth (buried deep or beneath the gums) other dental treatment at cdic, or the administration of certain anesthetics by dr at cdic, you should understand that there are certain associated risks.

Common risks include but are not limited to:

1. Drug/ medication reaction and side effects.
2. Damage to adjacent teeth or fillings.
3. Postoperative infection.
4. Postoperative uncontrolled bleeding (that may require further treatment).
5. Possibility of small fragment of root being left in the jaw, and its removal, requiring extensive surgery
6. Delayed healing (dry socket) necessitating frequent postoperative care.
7. Possible involvement of the sinus during removal of upper molars, which may require additional treatment or surgical repair at the same or later date.
8. Possible involvement of the nerve, resulting in temporary or possible permanent tingling or numbness, or pain of the lower lip, chin or tongue on the operated side in certain cases.
9. Bruising or vein inflammation at the site of administration of intravenous medications, which may require further treatment.
10. In rare circumstances, breakage of the jaw.
11. As a result of the injection or use anesthesia at times there may be swelling, jaw muscle tenderness or even resultant numbness of the tongue, lips, teeth, jaws and/ or facial tissues, that is usually temporary. In rare instances, such numbness may be permanent.
12. I was given the option of different anesthetic techniques, and I consent for the following anesthetics to be used: local anesthesia(+adrenaline) injection with pre oral premedication (pills before treatment)

I hereby acknowledge that I have completely read the foregoing, have discussed any questions or concerns that I may have regarding my proposed surgery/dental treatment, and have been given satisfactory answers. I am aware that the practice of dentistry is an inexact science and that no guarantee can be provided and none have been made to me.

We will be extracting teeth #(s)

Medical History: hypertensive diabetic hyperthyroid asthma others:

Reason for Extraction:

Grossly carious root pieces mobility planned for total extraction
Patient not unwilling for other treatments others:

Suggested Replacement: IMPLANTS FPD RPD CD NONE

Relative/parent sign :

Patients name :

Patient's sign :

Website: www.cdic.co.in

Contact No: 9970504270

Email: cdic.pune@gmail.com

दात काढण्यासाठी सूचित संमती

आपण दात काढण्यासाठी, अडकलेला दात काढण्यासाठी (हिरड्यांच्या खाली अडकलेले दात) इतर दंत उपचार, किंवा विशिष्ट भूल देण्याच्या प्रशासनास परवानगी देण्यापूर्वी, आपण हे समजून घेतले पाहिजे की काही विशिष्ट जोखीम आहेत. सामान्य जोखमींमध्ये हे समाविष्ट आहे परंतु ते मर्यादित नाही:

1. औषधांची क्रिया आणि दुष्परिणाम
2. जवळच्या दातांना आणि भरलेल्या दातांना नुकसान.
3. पोस्टऑपरेटिव्ह इन्फेक्शन.
4. पोस्टऑपरेटिव्ह रक्तस्त्राव ज्यासाठी उपचारांची आवश्यकता असू शकते.
5. मुळांचा लहान तुकडा जबड्यात शिल्लक राहण्याची शक्यता, ती काढण्यासाठी, व्यापक शस्त्रक्रियेची आवश्यकता.
6. विलंबाने जखम भरणे (ड्राय सॉकेट) वारंवार पोस्टऑपरेटिव्ह काळजी आवश्यक असू शकते.
7. वरचा दाढ काढून टाकताना सायनसचा संभाव्य सहभाग, ज्यासाठी नंतरच्या तारखेला अतिरिक्त उपचार किंवा दुरुस्तीची शस्त्रक्रिया आवश्यकता असू शकते.
8. नसचा संभाव्य सहभाग, परिणामी तात्पुरते किंवा संभाव्य कायमचे सुन्न होणे, किंवा ऑपरेट केलेल्या बाजूच्या खालच्या ओठ, हनुवटी किंवा जीभात वेदना होणे.
9. औषधांच्या प्रशासनाच्या ठिकाणी जखम / किंवा शिरा जळजळ, ज्यासाठी पुढील उपचारांची आवश्यकता असू शकते
10. क्वचित प्रसंगी, जबडा/ हाड मोडणे.
11. इंजेक्शनच्या परिणामस्वरूप (local anesthesia) वापर केल्याने काही वेळा सूज, जबडा स्नायू कोमलता किंवा जीभ, ओठ, दात, जबडे आणि/ किंवा चेहर्याच्या ऊतींचे सुन्नपणा देखील असू शकते, जे सहसा तात्पुरते असते. क्वचित प्रसंगी, असा सुन्नपणा कायमचा असू शकतो.

मला वेगवेगळ्या anesthetic तंत्रांचा पर्याय देण्यात आला, आणि खालील anesthetic वापर करण्यास मी संमती देतो: स्थानिक भूल lignocain + adrenalin (इंजेक्शन) तोंडी प्रीमेडिकेशनसह (उपचारापूर्वी गोळ्या)

मी याद्वारे कबूल करतो की मी वरील सर्व गोष्टी पूर्णपणे वाचल्या आहेत, माझ्या प्रस्तावित शस्त्रक्रिया/दंत उपचारांबाबत मला जे काही प्रश्न किंवा चिंता आहेत त्यावर चर्चा केली आहे आणि समाधानकारक उत्तरे दिली आहेत. मला माहिती आहे की दंतचिकित्सा हा एक अयोग्य विज्ञान आहे आणि याची कोणतीही हमी दिली जाऊ शकत नाही आणि मला काहीही केले गेले नाही.

आम्ही दात काढणार आहोत (चे)

वैद्यकीय इतिहास: उच्च रक्तदाब मधुमेह हायपरथायरोईड दमा इतर:
काढण्याचे कारण: अत्यंत तुटलेले दात रूट पीस मोबाइल दात
एकूण दात काढण्याची योजना उपचारांसाठी तयार नसलेले रुग्ण इतर:

सुचवलेला दात बसवण्याचा पर्याय: दात प्रत्यारोपण (implant) एफपीडी आरपीडी/सीड काहीही बसवणे नाही

कुटुंबाचा सदस्य:

रुग्णाचे नाव:

रुग्णाचे स्वाक्षरी: