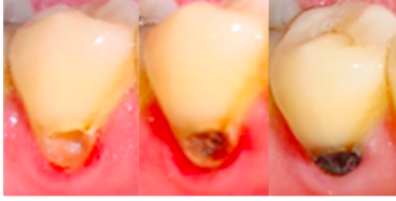


## الموافقة المستنيرة لمركز أسنان UCSF على السيلفر ديامين فلورايد (SDF)

### حقائق للنظر فيها:

- السيلفر ديامين فلورايد (SDF) هو سائل مضاد حيوي. نحن نستخدم (SDF) على تسوس الأسنان للمساعدة في وقفه. نحن أيضا نستخدمه لعلاج حساسية الأسنان. إن تطبيق (SDF) كل ٦-١٢ أشهر أمر ضروري.
- (الإجراء: ١) تجفيف المنطقة المصابة ، (٢) وضع كمية صغيرة من (SDF) على المنطقة المصابة ، (٣) ترك (SDF) لتجف لمدة دقيقة ، (٤) شطف.
- لا يؤدي العلاج باستخدام (SDF) إلى إستبعاد الحاجة إلى حشوات أو تركيبات للأسنان لإصلاح الوظيفة أو المظهر الجمالي. إجراءات إضافية سوف تُحمل رسوم منفصلة.
- لا ينبغي أن أعالج بالسيلفر ديامين فلورايد (SDF) إذا: (١) لدي حساسية من السيلفر (٢) هناك قرح مؤلمة على لثتي (أي التهاب اللثة التقرحي) أو في أي مكان في فمي (بمعنى : التهاب الفم).



### فوائد (SDF):

- يمكن أن يساعد (SDF) في وقف تسوس الأسنان.
- يمكن أن يساعد (SDF) في تقليل حساسية الأسنان.

### المخاطر المرتبطة بالسيلفر ديامين فلورايد (SDF) تشمل ولكن لا تقتصر على:

- صبغ المنطقة المصابة باللون الأسود بشكل دائم. الأسنان السليمة لن تصبغ. يمكن استبدال الأسنان المصبوغة بحشوة أو تركيبية.
- قد يصبغ لون الحشوات والتركيبات ذات لون الأسنان إذا تم تطبيق (SDF) عليها. عادةً ما تكون الصبغة مؤقتة ويمكن تلميعها.
- إذا تم تطبيقه عرضًا على الجلد أو اللثة ، فقد يظهر بقع بني أو أبيض لا يسبب أي ضرر ، ولا يمكن غسله، وسوف يختفي في خلال ١-٣ أسابيع.
- قد تلاحظ طعم معدني. هذا سوف تختفي بسرعة.
- إذا لم يتوقف تسوس الأسنان ، فسوف يستمر في هذه الحالة ، وسيطلب السن مزيدًا من العلاج ، مثل تكرار (SDF) أو حشو أو تركيبية أو علاج جذور أو خلع.
- قد لا تتضمن هذه الآثار الجانبية جميع الأعراض المحتملة التي أبلغ عنها المصنّع. إذا لاحظت تأثيرات أخرى ، يرجى الاتصال بالطبيب.
- سيتم بذل كل جهد معقول لضمان نجاح علاج (SDF). هناك إمكانية من أن الإجراء لن يوقف تسوس الأسنان، ولا يتم ضمان نجاح الإجراء نجاحًا صريحًا أو ضمنيًا.

### بدائل (SDF) ، ولكن لا تقتصر على ما يلي:

- إن لم يتم علاج التسوس ، قد يؤدي إلى استمرار تدهور الأسنان والمظهر الجمالي، وقد تزيد حدة الأعراض.
- اعتماداً على مكان ومدى تسوس الأسنان ، قد تشمل علاجات أخرى كتطبيق مادة الفلورايد على الأسنان، أو حشو أو تركيبية ، أو خلع ، أو الإحالة لطرق علاجية متقدمة.

أقر بأنني قرأت وفهمت بالكامل هذه الوثيقة، وتم الإجابة على جميع أسئلتني:

\_\_\_\_\_ (توقيع المريض) \_\_\_\_\_ (التاريخ)

\_\_\_\_\_ (توقيع الشاهد) \_\_\_\_\_ (التاريخ)