جواز للعناية بالأسنان

هذا هو قراءة أساسية لجميع موظفي عيادات الأسنان الذين يعملون معي. إنه يوفر معلومات هامة حول كيفية دعمي بشكل أفضل عندما أزور عيادتكم. يجب الاحتفاظ بهذا الجواز واستخدامه عندما تتحدثون معي أو إذا لديكم سؤال عني.

تم ملء هذه الوثيقة من قبل:_____

الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

كل شيء عني

اسمي هو: _____

تحب أن تُدعى: *(اسم الشهرة إذا كان لديك واحد)*

_____

أنا: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ آخر

ضمير الجنس المفضل لدي هو:

☐ هو ☐ هي ☐ هم ☐ زي ☐ غير مدرج ☐ بدون تفضيل

أين أعيش الآن: *(على سبيل المثال - المعيشة المدعومة أو منزل عائلتي.)*

_____

ما نوع الإعاقة / الإعاقات التي أعاني منها:

أساسي:_____

ثانوي:_____

هذا هو أفضل شخص يمكن الاتصال به للحصول على مزيد من المعلومات عني أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة:

(يرجى ذكر الاسم والوظيفة ورقم الهاتف)

_____

المحترفين الرئيسيين الآخرين المشاركين في رعايتي والتي قد يكون من المفيد الاتصال بها:

(يرجى ذكر الاسم والدور ورقم الهاتف)

_____

التاريخ الطبي

تاريخي الطبي المختصر: *(تشمل حالات أخرى مثل ضعف البصر، وضعف السمع، والسكري، والصرع، والربو، والاكتئاب، بالإضافة إلى الأمراض أو العمليات الخطيرة السابقة، وغيرها من المشكلات الطبية)*

هذه هي الأدوية التي أتناولها الآن وكيف تساعدني: *(يرجى إدراج جميع الأدوية الموصوفة وغير الموصوفة طبيًا)*

لدي ردود فعل سيئة عندما أتناول هذه الأدوية: *(يرجى ذكر الأدوية التي لديك حساسية تجاهها أو لا تتحملها جيدا ، بما في ذلك تفاصيل حول ردود الفعل.)*

لدي حساسية من اللاتكس: ☐ نعم ☐ لا

التاريخ الطبي للمريض

كانت زيارتي الأخيرة إلى عيادة الأسنان: *(اختر واحدة)*

☐ خلال الأشهر الثلاثة الماضية ☐ ستة أشهر ☐ سنة ☐ أكثر من عام ☐ لم يسبق لي زيارة

عندما كنت أتلقى رعاية أسنان في الماضي، كنت بحاجة إلى دواء خاص لمساعدتي على البقاء هادئًا *(وضع المستشفى، التخدير الوريدي، أكسيد/غاز النيتروز)* ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فوصف ما تم استخدامه، إذا كان معروفا.

كيف أتفاعل مع إجراءات طب الأسنان أو الإجراءات الطبية:
(على سبيل المثال - الاستجابة المعتادة للحقن، والحقن الوريدي، والفحوصات، والأشعة السينية)

أفضل زيارتي لعيادة الأسنان هي عندما: *(شارك الأشياء التي عملت بشكل جيد)*

أسوأ زيارتي لعيادة الأسنان هي عندما: *(شارك الأشياء التي لم تعمل بشكل جيد)*

هذه هي الأسئلة و/أو المخاوف التي تراودني بشأن أسناني وفمي:

هذه هي الأشياء التي أقوم بها أنا أو مساعدي كل يوم للعناية بأسناني:

من الصعب بالنسبة لي أن أعتني بأسناني: ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى التوضيح:

هذه هي الأشياء التي أحتاجها لأكون مرتاحا على كرسي الأسنان: *(يرجى التحقق من كل ما ينطبق)*

دعم ل: ☐ الرقبة ☐ الظهر ☐ الذراعين ☐ الركبتين ☐ القدمين

☐ الجلوس على كرسي الأسنان (لا يمكن تحمل وضع مائل)

☐ استقرار داعم

☐ دعم الاستقرار للتشنجات

أفضل عندما يقدم طاقم طب الأسنان الرعاية لي:

☐ من الخلف ☐ من الامام ☐ لا يهم

اذا بدأت بالاختناق، الطريقة التي يمكنك من خلالها مساعدتي:

إمكانية التنقل

أستخدم هذه الوسائل المساعدة لمساعدتي في التحرك

يمكنك مساعدتي في التحرك من خلال: (المساعدة اللازمة للوصول إلى كرسي الأسنان، والذهاب إلى الحمام)

إالتواصل والسلوك

الطرق التي أفضّلها للتواصل مع الناس:

- ☐ تحدث معي مباشرة
- ☐ أعطني الوقت لأفهم الأسئلة
- ☐ أعاني من ضعف في النطق وقد يكون من الصعب فهمي
- ☐ يستغرق الأمر وقتًا لتكوين كلماتي، لذا يرجى التحلي بالصبر

آخر:

أتواصل باستخدام: *(على سبيل المثال - الكلام، اللغة المفضلة، لغة الإشارة، أجهزة الاتصال أو الوسائل المساعدة، الصور، الأصوات غير اللفظية، واذكر أيضًا ما إذا كانت هناك حاجة إلى وقت إضافي/دعم)*

فيما يلي الطرق التي أتواصل بها مع بعض الأشياء:

قلق/خائف/غاضب:

نعم/ أفهم:

لا أنا لا أفهم:

آخر:

في معظم الأيام، أصف نفسي كالتالي: (اختر كل ما ينطبق)

☐ سعيد ☐ نعسان ☐ هادئ

☐ أتحدث بصوت عال ☐ عصبي ☐ غاضب

آخر:

هذه هي الأشياء التي أقوم بها أحيانا والتي قد تكون صعبة أو خطيرة:
(على سبيل المثال - حركات الذراع غير المنضبطة التي قد تضرب يدك عند حمل أداة الأسنان)

هذه بعض الأشياء التي يمكن أن تساعدني على الاسترخاء: *(حدد كل ما ينطبق)*

☐ سماعات لمنع الصوت

☐ أغطية للعين لحجب الضوء والأنشطة

☐ بطانية أمان/حيوان محشو للإمساك به

☐ أخر:

الحساسيات

هذه بعض الأشياء التي يمكن أن تزعجني: *(اختر كل ما ينطبق)*

☐ الرائحة - المكتب والعطور والكولونيا

☐ الأصوات - الموسيقى، والحفر، والهواتف، والأصوات، والساعة

☐ البصر – الأضواء، المرايا، الأدوات اللامعة

☐ الوضعيات - ارتفاع الكرسي وإمالته، والثبات، والاستلقاء بشكل مسطح

☐ القرب – الناس، الماء، الضوء، جهاز الأشعة السينية

☐ اللمس/درجة الحرارة - قفازات، هواء، شاش، ماء، شفط، درجة حرارة الغرفة/الماء، تنظيف الأسنان

☐ الملمس - معجون الأسنان والشاش والقطن والمعادن

☐ الضغط – السعي أو النفور

☐ التذوق – القفازات، معجون الأسنان، الفلورايد

أشياء أخرى قد تحتاج إلى معرفتها عني

(يرجى استخدام هذه المساحة للحصول على أي معلومات إضافية)

Missouri Coalition for Oral Health

www.oralhealthmissouri.org

يتم دعم هذا المشروع من خلال اتفاقية مع مجلس الإعاقات التنموية في ولاية ميسوري. تمويل طب الأسنان الرعاية الصحية عن بعد المقدمة جزئيًا من قبل مجلس الإعاقات التنموية في ولاية ميسوري(MODDC) ، منحة MOSCDD-012101، وفقًا لما يسمح به القانون العام 106-402-مساعدة الإعاقات التنموية وقانون شرعة الحقوق لعام 2000) قانون.(DD