

KEBENARAN UNTUK RAWATAN PERGIGIAN  
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Saya.....No.MyKad/Pasport\*.....  
(Seperti dalam kad pengenalan)

Mengesahkan saya/anak saya/anak bawah jagaan saya.....  
(Nama anak/Anak dibawah jagaan)

No. MyKid/MyKad/Pasport\*.....telah menjalani pemeriksaan pergigian.  
(Anak/Anak dibawah jagaan)

Dengan ini, saya memberi kebenaran keatas rawatan pergigian berikut:

<p><b>1. Terapi permulaan (Initial Cause Related Therapy)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Motivasi dan tunjuk ajar kebersihan mulut mengikut kesesuaian.</p> <p><input type="checkbox"/> Pendebridemen supragingival seluruh mulut sehingga skor plak <math>\leq 25\%</math> dan 'polishing' (jika perlu) pada sesi susulan.</p> <p><input type="checkbox"/> Cabutan gigi/Ekplantasi Implant: _____ <input type="checkbox"/> Prostesis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Penskaleran dan debridemen akar (subgingiva) ___ sesi <math>\pm</math> LA pada poket <math>\geq 6</math>mm</p> <p><input type="checkbox"/> Penskaleran dan debridemen akar (subgingiva) dengan antibiotik ('adjunct') 'Full mouth SRD within 24 hrs/within antibiotic coverage' Jenis antibiotik:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pendebrimen implant: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pelarasan oklusi: ('Traumatic occlusal force via selective grinding'): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Lesi endo-perio: _____ untuk rawatan kanal akar. Rujukan ke KEPP/Pakar Restoratif: YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Rawatan susulan: Pendebridmen supragingival +/- polishing dan pengukuhan tunjuk ajar kebersihan mulut.</p> <p><input type="checkbox"/> Rawatan tambahan (Primer) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Penilaian semula (Reassessment) 6-8 weeks</p> <p><b>2. Terapi pembetulan (Corrective Therapy):</b> _____</p> <p><b>Berikut adalah kesan-kesan sampingan rawatan periodontik:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pendarahan selepas prosedur.</p> <p><input type="checkbox"/> Penyusutan paras gusi yang menyebabkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gigi kelihatan lebih panjang.</li> <li>● Ruang/celah antara gigi bertambah besar.</li> <li>● Rasa ngilu/sensitif gigi (akibat pendedahan akar) kepada makanan/minuman sejuk, yang mungkin berkurangan atau memerlukan rawatan lanjut.</li> </ul>	
<p>Saya telah diberi penerangan berkaitan tujuan dan risiko rawatan pergigian serta memahami penerangan berkaitan dengan rawatan yang akan dijalankan.</p>	
<p>Sendiri/Ibubapa/Penjaga</p> <p>Tandatangan:.....</p> <p>Nama:.....</p> <p>No:MyKad/Pasport.....</p> <p>Tarikh:</p>	<p>Saksi</p> <p>Tandatangan:</p> <p>Nama:.....</p> <p>No:MyKad/Pasport.....</p> <p>Tarikh:</p>

\*potong mana yang tidak berkenaan