

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:

**2. Terapi pembedahan (Corrective Therapy)**

- Motivasi dan tunjuk ajar kebersihan mulut mengikut kesesuaian.
- Re-instrumentation* (subgingival) pada residual poket > 5mm ± LA
  - dengan antibiotik. Jenis antibiotik:
    1. \_\_\_\_\_
    2. \_\_\_\_\_
- Pembedahan:
  - Pendebribmen Terbuka (*Open flap debridement*) pada: \_\_\_\_\_
  - Resektif (*Resective surgery*) pada: \_\_\_\_\_
  - Pembedahan regenerasi (*Regenerative surgery*) pada: \_\_\_\_\_  
 Jenis *regenerative modalities*: \_\_\_\_\_
  - Pembedahan plastik (*Periodontal plastic surgery*):
    - Penutupan resesi (*Root coverage*): \_\_\_\_\_
    - Frenektomi/frenotomi: \_\_\_\_\_
    - Ridge augmentation*:  Tisu Keras \_\_\_\_\_  Tisu Lembut \_\_\_\_\_
  - Pengurusan cabang akar:
    - Regenerasi: \_\_\_\_\_  *Root separation*: \_\_\_\_\_
    - Tunnel preparation*: \_\_\_\_\_  Amputasi akar: \_\_\_\_\_
  - Peninggian korona: \_\_\_\_\_
  - Berkaitan implant pergigian: \_\_\_\_\_
  - Lain -lain: \_\_\_\_\_
  - Penilaian semula (*Reassessment*)
- Terapi Periodontik sokongan (*Supportive Periodontal Therapy*) setiap : \_\_\_\_\_

Saya telah diberi penerangan berkaitan tujuan dan risiko rawatan pergigian serta memahami penerangan berkaitan dengan rawatan yang akan dijalankan.

Sendiri/Ibubapa/Penjaga	Saksi
Tandatangan:.....	Tandatangan:
Nama:.....	Nama:.....
No:MyKad/Pasport.....	No:MyKad/Pasport.....
Tarikh:	Tarikh:

\*potong mana yang tidak berkenaan