

**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>1. Terapi Periodontik Sokongan (Supportive Periodontal Therapy)</p> <p><input type="checkbox"/> Motivasi dan tunjuk ajar kebersihan mulut mengikut kesesuaian.</p> <p><input type="checkbox"/> Pemantauan gigi: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Penskaleran dan/atau penggilapan seluruh mulut setiap: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pengurusan cabang akar (<i>furcation maintenance</i>) gigi _____ setiap: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pemeriksaan karies dan karies akar (Unit primer) setiap: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pemeriksaan periodontik seluruh mulut (FMPA) setiap: _____</p> <p>2. Sekiranya terdapat ‘rebound’ penyakit gusi/peri-implant setelah FMPA dijalankan, terapi pembedulan ulangan yang diperlukan:</p> <p><input type="checkbox"/> ‘Re-instrumentation’ akar (subgingiva) pada residual poket > 5mm ± LA</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> dengan antibiotik. Jenis antibiotik: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cabutan gigi/Ekplantasi Implant: _____ <input type="checkbox"/> Prostesis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pendebrimen implant/pembedahan pembedulan: _____</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.</p> <p style="padding-left: 40px;">Rujukan ke KEPP/Pakar Restoratif: YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Rawatan tambahan (Primer) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Terapi pembedahan pembedulan: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Lain-lain: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Review: Pendebridmen supragingival +/- penggilapan dan penjagaan kebersihan mulut.</p> <p><input type="checkbox"/> Penilaian semula (<i>Reassessment</i>): 6-8 minggu</p>

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