

浙江大学医学院附属儿童医院口腔科

口腔内科治疗知情同意书

患儿姓名

门诊号:

初步诊断: Crowns 编号: $\frac{ED}{bE} \frac{DE}{DEb}$ 龋齿 $\frac{11}{616}$ 2021年5月19日

治疗建议: $\frac{ED}{bE} \frac{DE}{DEb}$ 龋齿, 全口检查, 治疗

儿童口腔内科治疗包括儿童龋病预防、龋齿充填治疗、根管治疗、透明冠修复、预成冠修复治疗等。我们将认真负责、规范操作,以取得满意疗效。但由于治疗复杂或患儿配合差、儿童病情快等原因。此类操作可能创伤较大、并有一定风险,希望您能理解并配合治疗:

- 1、治疗前保证如实报告患儿的健康状况、既往病史,如有隐瞒愿承担后果。
- 2、若有以下情况应禁忌或暂缓手术:严重的心脏病、血液病、肝肾疾病、急性炎症期等。

- 3、治疗过程中可能出现并发症或意外,医生有权进行相应处理。

常见并发症或意外包括但不限于:患儿不配合,高速涡轮手机可能会损伤上下唇、颊舌组织;治疗过程中车针、锉、透明冠、预成冠等脱落呛入气管、食管可能;治疗过程中锉、拔髓针可能器械分离滞留根管;局部麻醉发生晕厥和过敏反应等。

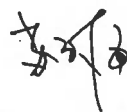
- 4、龋齿充填和治疗后,可能会有激发龋坏、充填物脱落、炎症复发可能;若有发生,需重新检查评估治疗。

- 5、其他:

以上各项内容我已仔细阅读并完全知晓,我同意接受该治疗,并愿意承担可能发生的风险并遵从医嘱。我将配合医生完成全部治疗并同意支付所需全部费用,并同意将我(患儿)的病例资料及照片用于非商业意图的临床、教学科研和学术交流。

患者签字:

医生签字:



受委托人/法定监护人签字

与患者关系: 父子

2021年5月19日

2021年5月19日