



山东大学口腔医院（山东省口腔医院）牙周科牙周手术知情同意书

患者姓名：[REDACTED] 性别：男 年龄：54 ID号：[REDACTED]

第一部分 知情告知部分

术前告知（在符合的项目后打√，不符合项目后打x，不能空项）

一、手术过程

经过详细的口腔检查与牙周基础治疗，医师告知我患有牙周增生，需在局部麻醉下行牙周切除手术。本次手术过程包括：
☒ 1. 局部麻醉 ☒ 2. 阻滞麻醉 ☒ 3. 手术时需将牙龈切开，去除炎症及感染的组织，清洁牙根，修整牙龈和牙槽骨形态，最后缝合牙龈。 ☒ 4. 在牙根涂敷抗生素或生物制剂等
☒ 5. 用牙周敷料保护伤口

☐ 6. 手术中根据实际情况可能需要：

☒ (1) 拔除无保留价值牙齿；☒ (2) 切除部分牙根，使牙齿得以保留；☒ (3) 取自体骨或骨材料进行骨移植；☒ (4) 植入屏障膜；☒ (5) 软组织取材、移植处理；☒ (6) 牙根修补或倒充填；☒ (7) 出现或发现未料想的情况，如牙根折裂，进一步手术治疗失去意义，需要终止手术；

☒ 7. 残留的薄弱牙体组织可能会折断；

☒ 8. 其他

二、术后

☒ 1. 可能影响进食、讲话，需要休息，可能影响一些外出活动，比如旅游、会议等；☒ 2. 患牙可能出现暂时性松动、咀嚼不适、冷热敏感等症状；☒ 3. 可能发生感染，需定期复诊、换药、服用抗菌素等；☒ 4. 牙龈退缩会造成一些牙齿看起来变长或牙间隙变大；☒ 5. 因病情复杂，有些患者需要二次手术治疗或由于疾病本身的复发性，需要多次手术甚至需要拔掉累及的牙齿；☒ 6. 遵从医嘱，确保良好的口腔卫生；☒ 7. 残留的薄弱牙体组织可能会折断，勿用患侧咀嚼；☒ 8. 其他

三、手术风险及预防、防范措施

☒ 1. 任何麻醉都存在风险，任何药物都可能产生副作用，包括轻度恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。药物或麻醉可能有些后遗症，暂时或永久的下颌、嘴唇、舌头、牙齿、下巴或牙龈的麻木，颞下颌关节受伤或关联的肌肉麻痹。预防及处理措施：详细询问并请患者如实告知麻醉药物使用史，出现过敏史按照药物过敏反应规范进行处理，严格按照操作规范执行操作。

☒ 2. 术后可能发生术区疼痛肿胀，嘴角可能会拉伤，偶有开口受限、吞咽困难等，说话会受到影响，必要时及时就诊。医生严格执行操作规范，患者遵守医嘱，进行术后护理。

☒ 3. 术中、术后出血，医生将根据情况作止血处理，有时需要您来院就诊处理。

☒ 4. 其他

四、手术费用

如手术中无意发生，本次手术过程需要的费用大约是1000元，时间大约是0.5h。不包括术后应用的药物、含漱液等。

五、对于此种疾病，其他可选择的方法：

1.

2.

...

五、特别说明 我院为教学医院，承担着山东大学口腔医学院本科和研究生的教学任务，同



时还是省进修培训基地，承担着进修生培训任务，治疗过程中的部分操作将由实习或进修医生在老师指导下完成，带教老师将严格把关并保证医疗质量，希望患者理解并给予支持。

医师陈述

我已告知可能存在的~~治疗方法~~、~~治疗的费用~~；对患者将要进行的治疗方式，治疗中及治疗后可能发生的并发症和风险，进行了详细告知；并且解答了患者（或受委托人、法定监护人）关于此次治疗的相关问题。

医师签名：王文霞

签名日期：2018年5月22日16时00分

第二部分 同意部分

1. 患者陈述：（在符合的项目前打√，不符合项目前打×，不能空项）

我已阅读了本知情同意书，并且医师王文霞已于2018年5月22日16时00分向我（们）患方充分说明了使用该项目的必要性、风险性、可能发生的并发症等情况。对于使用该项目的各种疑惑，我（们）已向医师进行了详细的询问，并得到了充分的说明。

☒ 我已如实向医师报告自己的健康状况，同意接受对原有全身疾病的防治措施，病情变化时及时与医生联系。

☒ 我（们）自愿使用该项目，愿意承担治疗可能出现的风险并遵从医嘱，配合医生完成全部治疗并同意支付所需费用。

☒ 我（们）拒绝使用该项目及前述的其他替代医疗方案，医师已将可能出现的不良后果告知，我（们）愿意承担风险，并承诺绝不因为不使用该项目及前述的其他替代医疗方案而产生的不良后果责难医师及医院。

☒ 我（们）拒绝使用该项目，医师已将可能出现的不良后果告知，我（们）愿意承担风险，并承诺绝不因为不使用该项目而产生的不良后果责难医师及医院。我（们）选择前述的替代医疗方案

☒ 我同意将患者的病历资料及照片用于非商业用途的临床及教学研究和学术交流。

☒ 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签字：[Redacted]

或者受委托人/法定监护人签字：

与患者关系：

签名日期：2018年5月22日16时05分

备注：（1）如果患者拒绝签字，请医师在此项目中备注说明。

患者本人不同意进行该项目（或其他可替代的治疗方案）并拒绝签字，认为风险太大或价格太高，医师又不能承诺任何风险可以百分百避免，已详细告知不进行该项目（或其他可替代的治疗方案）的严重后果，但受委托人或其他家属表示理解并签字，特此说明。

医师：

受委托人或其他家属：

与患者关系：

签名日期： 年 月 日 时 分

（2）如果患者及其他家属均拒绝签字，请医师在此项目中备注说明。

如果患者及其家属均不同意进行该项目（或其他可替代的治疗方案）并拒绝签字，认为风险太大或价格太高，医师又不能承诺任何风险可以百分百避免，已详细告知不进行该项目（或其他可替代的治疗方案）的严重后果，特此说明。

主治医师签名：

科主任签名：

签名日期： 年 月 日 时 分