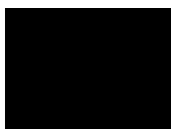


牙周手术知情同意书

患者姓名



性别：

女

年龄：

32y

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有慢性牙周炎，下前牙区部牙周手术。需要在局麻下进行牙周微创手术（PAOO）手术。颌骨骨板开裂，伴有牙龈退缩。

该手术将在必要的麻醉或镇定下进行。手术开始时，需要抽取自体静脉血两管，以制备自体富血小板血浆（Platelet-rich plasma, PRP）。手术时，需要将牙龈切开，以便医生的器械可以进入到深部的组织内进行操作；手术过程中需要植入异种骨粉和骨膜。手术完成时，会紧密缝合牙龈，必要时使用牙周塞治剂保护创口。

手术计划可能因个体差异和实际操作情况稍有变更。如：1）骨粉的植入量；2）骨膜的大小；3）软组织的处理；4）引导组织再生。

手术潜在风险和对策

医生已告知如下牙周手术可能发生的风险，某些不常见的风险可能没有在此列出，具体的治疗方式根据不同病人的情况有所不同。医生告诉我可与其讨论有关此次牙周手术的具体内容，如果我有疑问可向我的医生咨询。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此治疗可能发生的风险和医生的对策：

1) 术中、术后出血；

- 2)术中根据实际情况可能改变手术方案或终止手术;
- 3)术后可能发生术区疼痛肿胀,嘴角会拉伤,会有几天或几周开口受限制,说话会受到影响,偶有吞咽困难等,必要时需及时就诊;
- 4)术中、术后患牙可能出现明显松动,一般术后出现的暂时性松动、咀嚼不适、冷热敏感等症状可自行改善;
- 5)术后发生感染,需定期复诊、换药、服用抗菌素等;
- 6)失去牙齿;
- 7)有时牙周手术无法成功地兼顾保存功能或外观;
- 8)牙周手术,药物或麻醉可能有些后遗症。例如:流血、肿、痛,暂时或有时会有永久的下颌、嘴唇、舌头、牙齿或牙龈的麻木,颞下颌关节受伤或关联的肌肉麻痹;
- 9)牙齿对冷热酸甜的食物过敏;
- 10)术后牙龈退缩造成一些牙齿看起来很长及牙齿间缝隙变大;
- 11)如果结果不满意可能会需要第二次手术;

4.我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史,以上这些风险可能会加大,或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外,甚至死亡。

5.我理解治疗后如果我不遵医嘱,可能影响治疗效果。

特殊风险

我理解根据我个人的病情,我可能出现以下特殊并发症或风险:

骨替代材料植入后发生感染、排斥反应

一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

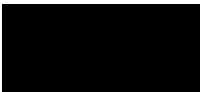
我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

我理解我的操作需要多位医生共同进行。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

我授权我的医生对手术操作中切除的病变器官、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。

患者签名：  _____

日期： 2018.2.17 _____

医生签名：  _____

日期： 2018.2.17 _____