

四川大学华西口腔医院
意向性牙再植术知情同意书

患者姓名: [redacted] 性别: 男 ☒ 女 ☐ 年龄: 33 岁 联系电话: [redacted]
通讯地址: [redacted] 证件号码: [redacted] 邮政编码: [redacted]

意向性牙再植术主要用于常规显微根尖外科手术无法进行的患牙的治疗,多用于磨牙的治疗。意向性牙再植术是一项精细的工作,不仅需要良好的技术,也需要良好的器械和材料,以及医护患三方面共同配合,治疗时间较短,治疗费用较高。作为医务人员,我们会尽一切努力诊治您的病痛。但由于目前的医疗技术和条件的局限,对一些无法避免的机体反应和手术并发症,希望就诊的朋友了解、理解和谅解。

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有 121063427 需要进行意向性牙再植术。

治疗方法、潜在风险及相关注意事项

- 利多卡因+1:50,000 肾上腺素局麻。
- 牙拔出,由于修复体、龋坏、牙根骨性粘连、牙根解剖位置等原因可能造成在拔牙过程中牙冠或牙根折断,若出现这些情况,可能会导致患牙无法继续保留,直接予以拔除。
- 显微镜下观察根尖解剖形态,切除根尖约 3mm 区域。
- 亚甲蓝染色,超声工作尖倒预备根尖,MTA 倒充填。
- 牙复位。

医生陈述

我已经告知患者的病情、将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗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患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名: [redacted] 签名日期: 2019 年 9 月 18 日 时 分

患者知情选择

- 医生已经告知我病情、将要进行的治疗方式并且解答了我关于此次治疗的相关问题。
- 我已被告知使用局部麻醉药物 利多卡因 并告知该药物可能会出现过敏等不良反应,我理解如果麻醉效果不理想或麻醉时出现晕厥等不良反应,医生认为我的手术应当延期或予以取消,我表示同意。如果发生紧急情况,医生无法或来不及征得本人或家属意见时,我授权医生按照医学常规予以紧急处理和全力救治的权利。
- 医生已经用我能明白的方式充分解释了意向性牙再植术可能涉及的风险(晕厥、麻药过敏、麻药中毒反应,牙冠或牙根拔出过程中折断)和并发症(感染、根折、出血,牙槽骨骨折,局部血肿,神经损伤和感觉异常,疼痛,损伤邻牙牙根,颌面部肿胀及皮下气肿)。尽管这些风险和并发症发生率很低,但我理解即使是著名口腔医生也不能确保手术结果,我知道任何人都不会对我授权于此的手术给予担保。
- 我同意进行本治疗,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。
- 我允许医生为了诊断和手术的目的拍摄照片或完善口腔记录。我同意这些照片的所有权归就诊科室所有,如果手术医生认为使用这些资料对牙科研究教育有益,我也准许手术医生在教学或撰写科学论文、书籍或演讲中使用这些资料。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

患者签名: [redacted] 签名日期: 2019 年 9 月 18 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书,请其近亲属或授权的代理人在此签名:

患者近亲属或授权的代理人签名: [redacted] 与患者关系: [redacted]

签名日期: 年 月 日 时 分

请您抄录以下内容后签名: 本人已阅读知情同意书的全部内容,充分了解并清楚知晓该疾病的一切相关信息,自愿接受治疗。

抄录: 本人已阅读知情同意书的全部内容,充分了解并清楚知晓该疾病的一切相关信息,自愿接受治疗

四川大学华西口腔医院 意向性牙再植术知情同意书

患者姓名: [redacted] 性别: 男 ☐ 女 ☒ 年龄: 44岁 联系电话: [redacted]
通讯地址: [redacted] 证件号码: [redacted] 邮政编码: [redacted]

意向性牙再植术主要用于常规显微根尖外科手术无法进行的患牙的治疗,多用于磨牙的治疗。意向性牙再植术是一项精细的工作,不仅需要良好的技术,也需要良好的器械和材料,以及医护患三方面共同配合,治疗时间较短,治疗费用较高。作为医务人员,我们会尽一切努力诊治您的病痛。但由于目前的医疗技术和条件的局限,对一些无法避免的机体反应和手术并发症,希望就诊的朋友了解、理解和谅解。

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有 12颗牙根尖周炎 需要进行意向性牙再植术。

治疗方法、潜在风险及相关注意事项

- 利多卡因+1:50,000肾上腺素局麻。
- 牙拔出,由于修复体、龋坏、牙根骨性粘连、牙根解剖位置等原因可能造成在拔牙过程中牙冠或牙根折断,若出现这些情况,可能会导致患牙无法继续保留,直接予以拔除。
- 显微镜下观察根尖解剖形态,切除根尖约3mm区域。
- 亚甲蓝染色,超声工作尖预备根尖,MTA倒充填。
- 牙复位。

医生陈述

我已经告知患者的病情、将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗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患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名: [redacted] 签名日期: 2019年10月16日 时 分

患者知情选择

- 医生已经告知我病情、将要进行的治疗方式并且解答了我关于此次治疗的相关问题。
- 我已被告知使用局部麻醉药物 利多卡因 并告知该药物可能会出现过敏等不良反应,我理解如果麻醉效果不理想或麻醉时出现晕厥等不良反应,医生认为我的手术应当延期或予以取消,我表示同意。如果发生紧急情况,医生无法或来不及征得本人或家属意见时,我授权医生按照医学常规予以紧急处理和全力救治的权利。
- 医生已经用我能明白的方式充分解释了意向性牙再植术可能涉及的风险(晕厥,麻药过敏,麻药中毒反应,牙冠或牙根拔出过程中折断)和并发症(感染,根折,出血,牙槽骨骨折,局部血肿,神经损伤和感觉异常,疼痛,损伤邻牙牙根,颌面部肿胀及皮下气肿)。尽管这些风险和并发症发生率很低,但我理解即使是著名口腔医生也不能确保手术结果,我知道任何人都不会对我授权于此的手术给予担保。
- 我同意进行本治疗,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。
- 我允许医生为了诊断和手术的目的拍摄照片或完善口腔记录。我同意这些照片的所有权归就诊科室所有,如果手术医生认为使用这些资料对牙科研究教育有益,我也准许手术医生在教学或撰写科学论文、书籍或演讲中使用这些资料。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

患者签名: [redacted] 签名日期: 2019年10月16日 时 分

如果患者无法签署知情同意书,请其近亲属或授权的代理人在此签名:

患者近亲属或授权的代理人签名: _____ 与患者关系: _____

签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

请您抄录以下内容后签名: 本人已阅读知情同意书的全部内容,充分了解并清楚知晓该疾病的一切相关信息,自愿接受治疗。

抄录: 本人已阅读知情同意书的全部内容,充分了解并清楚知晓该疾病的一切相关信息,自愿接受治疗。

四川大学华西口腔医院
意向性牙再植术知情同意书

患者姓名: [redacted] 性别: 男 ☒ 女 ☐ 年龄: 78 岁 联系电话: [redacted]
通讯地址: [redacted] 证件号码: [redacted] 邮政编码: [redacted]

意向性牙再植术主要用于常规显微根尖外科手术无法进行的患牙的治疗,多用于磨牙的治疗。意向性牙再植术是一项精细的工作,不仅需要良好的技术,也需要良好的器械和材料,以及医护患三方面共同配合,治疗时间较短,治疗费用较高。作为医务人员,我们会尽一切努力诊治您的病痛。但由于目前的医疗技术和条件的局限,对一些无法避免的机体反应和手术并发症,希望就诊的朋友了解、理解和谅解。

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有 12颗牙齿松动, 需要进行意向性牙再植术。

治疗方法、潜在风险及相关注意事项

- 利多卡因+1:50,000 肾上腺素局麻。
- 牙拔出,由于修复体、龋坏、牙根骨性粘连、牙根解剖位置等原因可能造成在拔牙过程中牙冠或牙根折断,若出现这些情况,可能会导致患牙无法继续保留,直接予以拔除。
- 显微镜下观察根尖解剖形态,切除根尖约 3mm 区域。
- 亚甲蓝染色,超声工作尖倒预备根尖,MTA 倒充填。
- 牙复位。

医生陈述

我已经告知患者的病情、将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗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患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名: [redacted] 签名日期: 2019 年 12 月 6 日 时 分

患者知情选择

- 医生已经告知我病情、将要进行的治疗方式并且解答了我关于此次治疗的相关问题。
- 我已被告知使用局部麻醉药物,并告知该药物可能会出现过敏等不良反应,我理解如果麻醉效果不理想或麻醉时出现晕厥等不良反应,医生认为我的手术应当延期或予以取消,我表示同意。如果发生紧急情况,医生无法或来不及征得本人或家属意见时,我授权医生按照医学常规予以紧急处理和全力救治的权利。
- 医生已经用我能明白的方式充分解释了意向性牙再植术可能涉及的风险(晕厥,麻药过敏,麻药中毒反应,牙冠或牙根拔出过程中折断)和并发症(感染,根折,出血,牙槽骨折,局部血肿,神经损伤和感觉异常,疼痛,损伤邻牙牙根,颌面部肿胀及皮下气肿)。尽管这些风险和并发症发生率很低,但我理解即使是著名口腔医生也不能确保手术结果,我知道任何人都不会对我授权于此的手术给予担保。
- 我同意进行本治疗,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。
- 我允许医生为了诊断和手术的目的拍摄照片或完善口腔记录。我同意这些照片的所有权归就诊科室所有,如果手术医生认为使用这些资料对牙科研究教育有益,我也准许手术医生在教学或撰写科学论文、书籍或演讲中使用这些资料。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

患者签名: [redacted] 签名日期: 2019 年 12 月 6 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书,请其近亲属或授权的代理人在此签名:

患者近亲属或授权的代理人签名: 与患者关系:

签名日期: 年 月 日 时 分

请您抄录以下内容后签名: 本人已阅读知情同意书的全部内容,充分了解并清楚知晓该疾病的一切相关信息,自愿接受治疗。

抄录: 本人已阅读知情同意书的全部内容,充分了解并清楚知晓该疾病的一切相关信息,自愿接受治疗。

四川大学华西口腔医院
意向性牙再植术知情同意书

患者姓名:

通讯地址:

性别:男/女 年龄:36岁 联系电话:

证件号码: 邮政编码:

意向性牙再植术主要用于常规显微根尖外科手术无法进行的患牙的治疗,多用于磨牙的治疗。意向性牙再植术是一项精细的工作,不仅需要良好的技术,也需要良好的器械和材料,以及医护患三方面共同配合,治疗时间较短,治疗费用较高。作为医务人员,我们会尽一切努力诊治您的病痛。但由于目前的医疗技术和条件的局限,对一些无法避免的机体反应和手术并发症,希望就诊的朋友了解、理解和谅解。

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有 1210234021/0 需要进行意向性牙再植术。

治疗方法、潜在风险及相关注意事项

- 利多卡因+1:50,000 肾上腺素局麻。
- 牙拔出,由于修复体、龋坏、牙根骨性粘连、牙根解剖位置等原因可能造成在拔牙过程中牙冠或牙根折断,若出现这些情况,可能会导致患牙无法继续保留,直接予以拔除。
- 显微镜下观察根尖解剖形态,切除根尖约 3mm 区域。
- 亚甲蓝染色,超声工作尖倒预备根尖,MTA 倒充填。
- 牙复位。

医生陈述

我已经告知患者的病情、将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗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患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名

签名日期 2019 年 12 月 25 日 时 分

患者知情选择

- 医生已经告知我病情、将要进行的治疗方式并且解答了我关于此次治疗的相关问题。
- 我已被告知使用局部麻醉药物,并告知该药物可能会出现过敏等不良反应,我理解如果麻醉效果不理想或麻醉时出现晕厥等不良反应,医生认为我的手术应当延期或予以取消,我表示同意。如果发生紧急情况,医生无法或来不及征得本人或家属意见时,我授权医生按照医学常规予以紧急处理和全力救治的权利。
- 医生已经用我能明白的方式充分解释了意向性牙再植术可能涉及的风险(晕厥,麻醉过敏,麻药中毒反应,牙冠或牙根拔出过程中折断)和并发症(感染,根折,出血,牙槽骨骨折,局部血肿,神经损伤和感觉异常,疼痛,损伤邻牙牙根,颌面部肿胀及皮下气肿)。尽管这些风险和并发症发生率很低,但我理解即使是著名口腔医生也不能确保手术结果,我知道任何人都不会对我授权于此的手术给予担保。
- 我同意进行本治疗,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。
- 我允许医生为了诊断和手术的目的拍摄照片或完善口腔记录。我同意这些照片的所有权归就诊科室所有,如果手术医生认为使用这些资料对牙科研究教育有益,我也准许手术医生在教学或撰写科学论文、书籍或演讲中使用这些资料。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

患者签名

签名日期 2019 年 12 月 25 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书,请其近亲属或授权的代理人在此签名:

患者近亲属或授权的代理人签名 与患者关系

签名日期 年 月 日 时 分

请您抄录以下内容后签名:本人已阅读知情同意书的全部内容,充分了解并清楚知晓该疾病的一切相关信息,自愿接受治疗。

抄录:

本人已阅读知情同意书的全部内容,充分了解并清楚知晓该疾病的一切相关信息,自愿接受治疗。