



诊疗操作知情同意书

2018-07-A

Informed Consent for Diagnostic and Therapeutic Procedure

(牙周手术治疗)

姓名: 陆

性别: 男

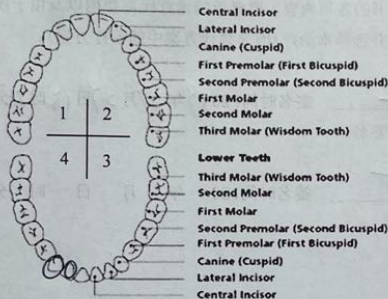
年龄: 21

科别: 口腔内科 病案号: 113 249

这是一份关于 牙周手术治疗 的知情同意书, 医生会用通俗易懂的方式告知该诊疗相关事宜。

1 目前诊断 (Current Diagnosis): 牙周炎

操作牙位标识, 画空圆心



2 诊疗操作目的 (Purposes):

☒ 明确病因, 完善诊断; ☒ 确定治疗方案, 判定预后; ☒ 对症治疗, 缓解病情; ☐ 其他

3 主要意外、风险及并发症 (Major Accidents, Risk Factors and Complications):

- 麻醉意外: 疼痛、血肿、感染、神经损伤、暂时性面瘫、牙关紧闭、暂时性复视或失明、晕厥、过敏反应、诱发全身疾病等。麻醉后若出现不适, 应立即告知医师, 医生将及时处理。
- 术中心脑血管意外、出血、不可避免的邻近器官、血管、神经损伤, 影响功能等。
- 术后疼痛、术区肿胀, 暂时或永久的局部麻木, 颌关节受损, 偶有开口受限、吞咽困难等, 医生将根据情况作相应处理。
- 术后牙齿暂时性松动、咀嚼不适、冷热敏感等, 一般可自行改善。但若出现自发性疼痛或冷热酸甜刺激敏感持续, 则可能有牙髓炎等病变, 需要及时就诊继续治疗。
- 术后出血、局部或全身感染、切口裂开, 影响创口愈合及手术效果。
- 植入材料有可能出现排异、松动、感染, 牙周病加重。
- 术后牙龈退缩, 部分暴露牙根, 导致牙齿敏感。
- 少数病例 (尤其是牙周美容手术), 术后可能无法达到预期效果。如需再次手术, 您需要承担继续治疗的费用。
- 牙龈增生性病变, 手术切除后有复发可能, 可能需要再次手术或拔牙。
- 口腔卫生维护不良和吸烟, 将会导致术后感染和创口愈合不良, 影响手术效果。
- 其它可能的并发症: 组织缺损, 疤痕形成, 影响美观及功能等。

4 防范措施 (Preventive Measures):

- 1) 严格按照诊疗操作规范执行;
- 2) 加强监测, 仔细操作, 及时处理;
- 3) 其他: 无

5 可替代的方案 (Alternative Programs): ☐有: 无 ☐不确定 ☒无

操作人员: 王 谈话医师签名: 王 签名时间: 2019年07月29日13时30分

我的医师已经告知我将要进行的治疗方式必要性、步骤、成功率、治疗所需时间、可能产生的费用、治疗后可能发生的风险和并发症、不实施该医疗措施的风险, 操作中或操作后可能发生疼痛, 及产生疼痛后的治疗措施, 我经慎重考虑, 已充分理解本知情同意书的各项内容, 愿意承担治疗所需费用以及由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症, 并选择本治疗(而非替代方案中的治疗方案)。

患者签名: 王 签名时间: 2019年07月29日13时30分

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的代理人在此签名。

代理人签名: 王 与患者的关系: 王 签名时间: 20 年 月 日 时 分

手术/有创操作安全核查表

手术/有创操作开始前核查	离室前核查
<input checked="" type="checkbox"/> 患者身份正确 <input checked="" type="checkbox"/> 手术/有创操作方式正确 <input checked="" type="checkbox"/> 手术/有创操作部位正确 <input checked="" type="checkbox"/> 知情同意书填写完整正确 <input checked="" type="checkbox"/> 设备/仪器正常 其他: <u>无</u>	<input type="checkbox"/> 手术/有创操作的名称已书写 <input checked="" type="checkbox"/> 手术/有创操作作用物清点正确 <input type="checkbox"/> 标本无误且已粘贴标签 <input checked="" type="checkbox"/> 无标本 <input type="checkbox"/> 任何需处理的设备问题: <u>无</u> 其他: <u>无</u>
手术/操作医师签名: <u>王</u> 护士签名: <u>王</u> 麻醉医师(如有)签名: <u>王</u> 时间: 2019年07月29日13时40分	手术/操作医师签名: <u>王</u> 护士签名: <u>王</u> 麻醉医师(如有)签名: <u>王</u> 时间: 2019年07月29日15时30分