

牙周手术知情同意书

姓名 性别 女 年龄 27y 联系电话 17761990838

临床诊断: 侵袭性牙周炎

治疗方案: 牙周引导组织再生术

经过详细的口腔诊断与牙周基本治疗, 医师告知我有施行牙周手术的必要。

一、手术的目的

牙周手术的目的是降低牙周感染和发炎, 将牙龈和牙槽骨恢复到可能的程度。手术是要帮助保留牙齿, 并使口腔卫生的施行更有效。

二、手术过程

牙周手术将会施以局部麻醉或镇定。必要时在牙根根面会涂敷抗生素等药物。手术时会将牙龈翻开, 让器械能进入牙根及腐蚀的骨头, 去除发炎及感染的组织, 并彻底地清洁牙根。最后缝合牙龈, 必要时可用牙周敷料保护伤口。

三、可变更的治疗选择

手术中根据实际情况可能需要改变手术计划: 例如 (1) 拔除无救的牙齿, (2) 切除部分牙根, 使牙齿得以保留, (3) 骨移植, (4) 引导组织再生, (5) 软组织的处理, 或是终止手术。

四、术中术后反应及并发症、后遗症

有少数患者对牙周手术的反应并不是很理想, 术后可能会有下列情况发生: (1) 失去牙齿, (2) 有时牙周手术无法成功地兼顾保存功能和外观, (3) 牙周手术中操作或麻醉可能有些并发症及后遗症, 例如: 出血, 术区疼痛、肿胀、瘀青, 暂时或有时可能永久的下颌、嘴唇、舌头、牙齿、下巴或牙龈的麻木, 颌关节受伤或关联的肌肉麻痹, 偶有开口受限、吞咽困难, (4) 术后牙齿的松动会暂时增加, 可能出现咀嚼无力, (5) 牙齿对冷热酸甜食物过敏, (6) 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, (7) 嘴角可能会被拉伤, 会有几天或几周开口受限制, 会影响说话。

五、术后愈合

手术愈合的情况无法事先预估。如果结果不满意可能会需要第二次的手术。此外，牙周疗效会受身体免疫力、吸烟、酒精、磨牙、口腔卫生不良、药物或其他因素所影响。我已经如实向医师报告自己的用药情况、全身疾病与症状、或任何可能与手术有关的情况。按照医师的指示用药与维护个人口腔卫生是治疗成功的必要条件。我了解其他可能的替代治疗，包括拔除患牙。不实施治疗难以遏制病情的恶化，最终导致牙齿脱落。不采取手术治疗无法去除深部的细菌、牙石和牙周袋，增加了牙周维护的困难度，一有疏忽病情可能加重。

六、必要的复诊维护及自我口腔卫生维护

我了解所有的治疗无法确保成功。大多数情况下，手术治疗可以去除或减轻病因，从而恢复牙周健康。我了解定期保养与维护良好口腔卫生的重要性。不依从医师建议所造成的不良后果，是患者个人的责任。手术后需要复诊检查与伤口照顾，才能取得较理想的手术结果。我已了解吸烟对伤口的愈合有不良的影响，愿意遵从医嘱，控制吸烟。

我已读过并完全理解：手术的目的和必要性；手术治疗程序及内容；术中术后反应、并发症与后遗症；手术疗效；手术中可能的替代治疗及术后定期复诊检查和自我口腔卫生维护的重要性。我已如实向医师报告自己的健康状况，愿意接受预防原有全身疾病发作的措施，病情变化时及时与医生联系。我有机会与医师讨论病情与治疗计划，愿意配合医生完成整个疗程，对治疗过程所需时间和治疗费用可以接受。审慎的考虑之后，我同意接受牙周手术。

患者签名：

2015 年 12 月 5 日

医师签名：

2015 年 12 月 5 日