



牙髓治疗知情同意书

患者基本信息		姓名	性别	年龄
			男	16岁
诊 断		是否需要麻醉		是 ☐ 否 ☒
		12 下颌第一磨牙联合冠修复		12 根管治疗
医生告知	治疗/手术目的、方法、风险及并发症告知	1. 牙髓治疗常用的治疗方法有如下二种: 1) 干髓术: 是治疗牙髓病的一种简单治疗方法, 它是通过除去感染的冠髓, 保留干尸化的根髓, 保存患牙的治疗方法。 2) 根管治疗: 是治疗牙髓病及根尖周病, 保留患牙最彻底有效的治疗方法, 它是通过清除存留在根管中的残余坏死牙髓组织, 扩大根管并且用特殊材料堵塞根管, 最终消除根尖周炎症, 达到保留患牙的目的。 2. 手术计划可能因个别状况而稍有变更。例如: 1) 拔除治疗效果不好的牙齿; 2) 切除部分牙根, 使牙齿得以保留。具体的治疗方式根据不同病人的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。 3. 任何麻醉都存在风险。 4. 牙髓治疗时, 若牙髓没有完全坏死, 常需用药物作牙髓去痛处理, 在封药过程中可能会产生疼痛, 也可能出现一次封药不能完全解决疼痛, 需要再次封药等问题, 这属于治疗中的正常反应。 5. 选择干髓治疗可能发生的风险和医生的对策: 干髓术治疗简单, 耗时较短, 费用相对较低。但治疗不彻底, 残余根髓可能产生炎症, 导致残髓炎或根尖周炎, 再次出现疼痛。如再次出现疼痛, 需行根管治疗。 6. 理解选择根管治疗可能发生的风险和医生的对策: 1) 作牙髓去痛处理后, 还需用器械去除牙根中的感染物质(根管预备), 用药物控制根尖周炎症, (根管消毒), 并用特殊的材料将根管封闭起来(根管充填), 这需要分次进行, 通常需要 3-4 次。因个人对治疗用药的反应存在差异, 少数人需要更长时间; 2) 根管扩锉和根管封药时, 可能会出现局部肿胀, 疼痛等症状, 对此患者应有一定的心理准备, 如出现上述症状, 请及时复诊并在医生的指导下对症治疗。 3) 遇到极细小或弯曲的根管, 根管治疗器械可能折断在根管中, 多数情况下不影响治疗效果。 4) 为确保治疗质量, 常需照 3 张以上牙片。 5) 经根管治疗的牙, 由于除去了牙髓组织, 失去了营养来源, 牙体脆性增加, 易出现折裂。因此, 在治疗期间最好不要用患牙嚼食物。完成根管治疗的牙齿, 最好及时进行全面冠修复(即在患牙上做金属或烤瓷将其全保护起来), 尽量避免牙冠折裂。 6) 以上情况, 请病员表示理解和配合。		

		7. 治疗后如果患者不遵医嘱，可能影响治疗效果。 特殊风险 根据你的病情，可能出现以下特殊并发症或风险： 一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。_____ _____ 一旦发生上述风险和意外，医生会积极采取应对措施。 告知医师签名：_____ 日期 2020 年 7 月 18 日
患者/家属知情 同意及选择	1. 经治医生已经告知我将要进行治疗/手术操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。 2. 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。 3. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。我已详细阅读以上内容并仔细听取了医生对各项事宜的解释，对以上所有告知内容经清楚表示完全理解。经慎重考虑，我明确决定： ☒ 同意实施该治疗/手术，并愿意承担相应的风险。根据对该疾病的了解，我选择：☐ 干髓治疗 ☐ 根管治疗 ☐ 不同意实施该治疗/手术，并愿意承担相应的风险。 患者签名_____ 日期_____ 年 _____ 月 _____ 日 如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名： 患者授权亲属签名_____ 与患者关系_____ 日期 2020 年 7 月 18 日	
沟通效果	我已经告知患者将要进行治疗/手术方式、此次治疗/手术及治疗/手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法，所产生的费用。并且解答了患者关于此次治疗/手术的相关问题。 ☒ 患者理解上述沟通内容，同意签署该同意书。 ☐ 患者不理解上述沟通内容，拒绝签署该同意书。拒绝的原因为： _____ _____ 经治医生签名_____ 日期 2020 年 7 月 18 日	



牙周手术知情同意书

患者基本信息	姓名	性别	男	年龄	16岁
诊 断	12 畸形舌萌沟 牙周炎联合修复拟治疗/手术名称	是否需要麻醉	是 ☒ 否 ☐	12 牙周炎再植术 + 截根术 + 根尖倒充填	
治疗/手术目的	微创拔除 12 牙根。彻底清除感染 促进修复再生				
治疗/手术方式及预期效果	1. 局麻下 微创拔除 12; 2. 12 行截根术 (截去另一小牙根); 3. 亚微颌下 12 行 根尖倒充填术。				
医生告知	治疗/手术风险及并发症告知 1. 牙周手术前会施以局部麻醉或辅以镇定; 手术时将牙龈翻开, 让器械能进入术区; 术中去除病变及感染的组织, 彻底的清洁术区; 最后缝合牙龈, 必要时使用牙周敷料保护伤口。 2. 术中根据实际情况可能改变手术方案或终止手术。例如: 1) 拔除治疗效果差的牙齿; 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。具体的治疗方式根据不同病人的情况有所不同, 如果有特殊的问题可与医生沟通。 3. 牙周手术可能出现的并发症/情况及相应对策: 1) 术中、术后出血, 医生将视具体情况进行止血; 2) 术后可能发生术区疼痛肿胀、口角拉伤、张口受限, 偶有吞咽及言语困难, 必要时请患者及时就诊; 3) 术中、术后患牙可能出现暂时性松动、咀嚼不适、冷热敏感等症状可自行改善, 若患牙出现明显松动, 医生可根据情况采取必要措施 (固定、调骀或拔除); 4) 术后可能发生伤口出血、感染及愈合不良, 需定期复诊、换药、服用抗菌素等; 5) 有时牙周手术无法兼顾保存功能或外观, 术后牙龈肿胀消退后可能出现明显牙间隙, 影响美观; 6) 牙周手术后可能出现暂时或永久的下颏、嘴唇、舌、下颌或牙龈的麻木, 颞下颌关节受伤或关联的肌肉麻痹; 7) 若手术疗效未能达到预期效果, 可能需要二次手术。 4. 如果患者患有高血压、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。 5. 治疗后若患者不遵医嘱将会影响治疗效果。 6. 其他手术意外和并发症, 需对症处理。				

	特殊风险: 根据你的病情,可能出现以下特殊并发症和风险: _____ _____ 一旦发生上述风险和意外,医生会积极采取应对措施。 告知医师签名: <u>谭丹</u> 日期 <u>2020</u> 年 <u>8</u> 月 <u>25</u> 日
患者/家属知情 同意及选择	1. 经治医生已经告知我将要进行的治疗/手术操作方式、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。 2. 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。 3. 我理解我的操作需要多位医生共同进行。 4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。 5. 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。 我已详细阅读以上内容和仔细听取了医生对各项事宜的解释,对以上所有告知内容已经清楚并表示完全理解。经慎重考虑,我明确决定: ☒ 同意实施该治疗/手术,并愿意承担相应的风险。 ☐ 不同意实施该治疗/手术,并愿意承担相应的风险。 患者签名 _____ 日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签名: 患者授权亲属签名 <u>谭丹</u> 与患者关系 <u>母亲</u> 日期 <u>2020</u> 年 <u>8</u> 月 <u>25</u> 日
沟通效果	我已经告知患者将要进行的治疗/手术方式、此次治疗/手术及治疗/手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法,所产生的费用。并且解答了患者关于此次治疗/手术的相关问题。 ☒ 患者理解上述沟通内容,同意签署该同意书。 ☐ 患者不理解上述沟通内容,拒绝签署该同意书。拒绝的原因为: _____ _____ 经治医生签名 <u>谭丹</u> 日期 <u>2020</u> 年 <u>8</u> 月 <u>25</u> 日