

阿坝州人民医院口腔科治疗知情同意书

患者姓名 性别 女 年龄 25 民族 汉 身份证号码

科室 口腔 床号 住院日期 年 月 日 住院号

病情摘要

初步诊断 阻生牙咬磨牙

医师姓名 文才

医师姓名 拟行麻醉方法

拟定治疗方法：☐1、拔除牙齿； ☐2、根管治疗； ☐3、修复美容治疗；

☒4、介绍病情，建议拔牙，并保留资料用于学术交流。

根据您的病情，您需要进行的上述治疗(以下称操作)。该操作是一种有效的治疗手段，一般来说，该操作和麻醉是安全的，但由于该操作具有创伤性和风险性，因此医师不能向您保证治疗效果。

因个体差异及某些不可预料的因素，术中和术后可能会发生意外和并发症严重着甚至会导致死亡，先告知如下，包括但不限于：

- | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 1、麻醉意外 | ☐ 2、损伤血管，出血不止 | ☐ 3、损伤神经 |
| ☐ 4、损伤牙齿 | ☐ 5、上颌窦穿孔 | ☐ 6、诱发全身并发症 |
| ☐ 7、肿痛加重 | ☐ 8、侧壁穿孔 | ☐ 9、器械折断 |
| ☐ 10、穿髓 | ☐ 11、牙髓炎 | ☐ 12、损伤涎腺导管 |
| ☐ 13、颜色复杂修复体颜色较难与天然牙齿安全接近 | | |
| ☐ 14、术后感染 | ☐ 15、术后出血 | ☐ 16、干槽症 |
| ☐ 17、异物不适感 | ☐ 18、牙龈炎 | ☐ 19、牙齿龋坏 |

☐20、牙齿脆性变大，容易折断

☐21、面部疤痕或畸形

☒22、其他：建议对阻生系吻磨牙进行定期检查并尽早拔除。

主管医师或获得授权的医务人员签名

文才

日期：2021年12月4日 时 分

科主任(上级医师)签名

日期： 年 月 日 时 分

我已详细阅读以上内容，对医师的告知表示完全理解，谨经慎重考虑，我决定接受此操作。

我明白在该项诊疗技术操作中，在不可预见的情况下，可能需要其他附加操作或变更治疗方案，我授权医师在遇有紧急情况时，为保障我(我的授权人)的生命安全实施必要的救治措施，并保证承担全部所需费用。

我知道在该项诊疗技术操作开始之前，我可以随时签署《拒绝医疗同意书》，以取消本治疗知情同意书的决定。

同意将影像学资料用于科研相关论文发表与展示

患者/法定监护人/委托代理人/签名

(需附有效证件复印件、授权文件)

日期：2021年12月4日 时 分