

中国人民解放军联勤保障部队第九二〇医院口腔外科

手术、拔牙知情同意书

患者姓名:

性别:

12

年龄:

22

ID号:

拔牙前须知: (请在所确定的选项上打钩“√”)

- 1、有无手术、拔牙史? (①有, ②☒)
- 2、有无全身性疾病? 如冠心病, 其他心脏病、高血压、糖尿病、肝炎、甲状腺疾病等 (①有, ②☒)
- 3、平时出血是否能自行凝结? (①☒是, ②否)
- 4、有无贫血、白血病、血友病、血小板减少等症? (①有, ②☒)
- 5、有无药物过敏史? (①有, ②☒)
- 6、术前是否空腹? (①是, ②否)
- 7、是否处于月经期, 妊娠期? (①是, ②☒)
- 8、如有其他特殊要求, 请详细注明: _____

同志:

根据检诊, 您需要进行 数字化定位导板辅助下埋伏多生牙拔除 手术。我们将严格按无菌操作、规范手术。但手术中可能出现麻药过敏、牙折、下颌神经损伤、上颌窦穿通、骨折及 邻牙松动、疼痛等, 拔牙后可能出现出血、感染、水肿、疼痛等并发症。若发生上述情况, 请您给予理解与配合, 我们医生将积极处理。若认为医生已经解释清楚, 并同意手术, 请签字, 谢谢合作!

患者签名:

患者住址:

联系电话:

家属签名:

与患者关系:

医生:

2022年1月6日

