

中国人民解放军联勤保障部队第九二〇医院口腔科

手术、拔牙同意书

拔牙前须知：（请在所确定的选项上打勾 ✓）

- 1、有无手术、拔牙史？（①有，②无）
- 2、有无患全身性疾病？如冠心病，其它心脏病、高血压、糖尿病、肝炎、甲状腺疾病等（①有，②无）
- 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、血小板减少等症状？（①有，②无）
- 5、有无药物过敏史？（①有，②无）
- 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否）
- 8、如有其它特殊要求，请详细注明 无

同志：

根据检诊，您需要进行 178 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_____，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，请您给予理解和配合，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：

家属签字：

与患者关系：

医生：
2021年7月6日