

吉林大学口腔医院

口腔种植修复治疗知情同意书

患者姓名

性别

女

年龄

19

病历号

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有 牙列缺损，需要在局部麻醉下进行口腔种植修复治疗。

治疗介绍及预期:

2-延期植入种植体 同期行骨增量

替代治疗方案: 固定修复

手术潜在风险和对策

医生告知我如下口腔种植修复治疗可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，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:

1.我理解任何麻醉都存在风险。

2.我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3.我理解此治疗可能发生的风险和医生的对策:

- 1) 术中损伤神经、血管及邻近器官，如 下牙槽神经、血管，鼻腭神经、血管，上颌窦，鼻腔等；
- 2) 骨侧壁穿孔；
- 3) 术中、术后出血；
- 4) 上颌手术或上颌窦提升术，术后可能出现短期眩晕、流鼻血或鼻分泌物增加，也可能出现上颌窦穿孔、上颌窦炎；
- 5) 局部肿痛；
- 6) 各种感染（细菌、真菌、病毒等）；
- 7) 骨增量、植骨术后可能出现肿胀、炎症反应，个别病例出现移植物感染、植骨失败等情况；
- 8) 局部皮下淤血及皮肤一时性变色；
- 9) 局部一时性或永久性麻木；
- 10) 颌骨骨折；
- 11) 诱发全身并发症；
- 12) 种植体愈合不良；
- 13) 种植体脱落；
- 14) 术中可能改变手术方案或终止手术；

- 15) 种植义齿修复空间不足或牙合关系不良时, 需正畸或调磨邻牙、对牙合牙, 可能导致调磨牙的冷热酸甜刺激敏感; 必要时需要进行牙髓失活、根管治疗或者全冠修复;
- 16) 修复体颜色与天然牙齿接近但不能完全相同, 牙齿颜色复杂者更难配色, 与天然牙齿存在色差;
- 17) 有时无法成功兼顾功能和美观或美观达不到预期, 如 牙龈萎缩、暴露金属颜色、与邻牙之间存在黑三角、食物嵌塞等;
- 18) 修复体存在崩瓷、折裂等风险;
- 19) 种植手术后需定期复查、牙周维护和治疗;

4.我已了解除了种植义齿修复外还有其它的修复方式, 同意医生为我施行种植外科手术。

5.我已了解种植修复治疗所需全部费用及支付步骤。

6.我了解部分患者需要进行二期手术。

7.我理解治疗后如果我不遵医嘱, 可能影响治疗效果。

8.我理解病历资料及照片资料存档保留, 并可用于非商业意图的临床研究及学术交流。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现以下特殊并发症或风险:

术后出血、肿胀、感染、种植体脱落

我已知情同意

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 我明白每个人有个体差异, 会在整个种植修复治疗过程中出现不同的情况, 长期的使用也会有很大的个体差别, 因此无法保证短期或长期完全的成功。但在一般情况下, 依据长期临床追踪报告, 种植修复治疗的 5 年成功率 > 90%, 随着时间的延长成功率可能略降。种植修复治疗的成功, 还需依靠许多因素的配合。
- 种植体及上部结构的部件或螺丝, 在长期咬合力的作用下, 可能会出现松动。种植体、中央螺丝松动或折断, 需尽快与医生联系复诊, 重新上紧或更换螺丝或进行其他处理。在个别情况下会出现种植体系统更新换代, 难以找到原厂配件, 需重新植入种植体。种植义齿需要避免咬坚硬食物 (如甘蔗、软骨、干果壳、蟹壳、碎骨等)。若有磨牙习惯患者可能需要戴保护牙套, 以免种植体受到不必要的外力。
- 种植义齿长期在口腔环境中, 其周围的组织 (牙龈及牙槽骨) 可能被细菌破坏而产生种植体周围炎或骨丧失, 造成种植体周围组织的病变或种植修复的失败, 必要时需要进行

种植体周的治疗或手术，甚至拔除种植体。其他自然牙若有疾病，也较易造成种植体周围炎。因此种植体的成功需要维护良好的口腔卫生习惯并定期复诊，复诊会涉及到相关的费用。吸烟及糖尿病等会影响种植义齿的使用寿命。

- 我的医生已经告知我病情、将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、注意事项、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。
- 医生已经向我详细描述了其他的治疗方案，包括放弃治疗、活动义齿修复、固定义齿修复、以及可能选择正畸治疗方案等，权衡各种方案的利弊后，我自愿选择种植治疗方案。
- 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。
- 我明白如果发生并发症需要额外的药物或手术治疗，恢复期也将增加。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作 100%成功的许诺。我已经被告知，种植治疗可能会失败，医生可能会因为手术过程中遇到的困难放弃植入种植体，而且经过适当的愈合期后也可能不能重新种植。
- 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。
- 我接受种植体植入后如果两年内种植体脱落，院方免费重新种植；如果超过两年不足五年，我和院方各承担 50%，超过五年则不在质保范围。我知晓如果未按时定期复诊，则不在上述质保范围。
- 我接受种植体上部修复结构保修一年。

患者签名 签名日期 2019 年 6 月 20 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 签名日期 年 月 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗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患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名 签名日期 2019 年 6 月 20 日