

多生牙拔除知情同意书

姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 病历号: _____

电话: _____ 诊断: _____

地址: _____

尊重的患者及家长由于现有医学科学技术的限制,患者在术中、术后可能发生无法预料或者不能防范的不良后果。现特向患者及患者家属将相关风险及问题告知如下:

1. 有可能发生心、脑、肺、肾等脏器功能受损的意外情况;
 2. 有可能发生不能控制的出血、术后感染的意外情况。术中出血,如出血量较大,有输血可能,输血存在相关的并发症如发热、过敏反应、溶血反应、感染血液传播疾病等;
 3. 局麻意外(呼吸、心跳骤停等)。
 4. 术中或术后大出血,有误吸或窒息可能,必要时须行气管切开术,气切会有相应并发症。
 5. 术中损伤神经,术后术区麻木:上下唇、腭部、鼻周麻木等。
 6. 术中若发现邻牙根尖外露,术后该邻牙继续行根管治疗。
 7. 术中邻牙牙齿松动,术中拔除患牙或术后邻牙疼痛、松动、脱落,继续牙体治疗可能。
 8. 术中术后创口与鼻腔、上颌窦、腭部贯通,瘘口形成,需长期换药,或二次手术可能。
 9. 11、21牙有牙胚损伤无法萌出可能,后期需拔除或正畸牵引治疗可能。
 10. 术后切口肿痛、切口感染、延期愈合、有长期换药可能。
 11. 术中损伤恒牙胚,邻近恒牙无法正常萌出。
 12. 术中或术后不可预知的并发症。
 13. 术中术后多次摄片定位。
 14. 术前、术中及术后可能进行录像、拍照等用于非商业用途的临床、教学研究及学术交流。
- 目前,医师已做好相关手术术前准备,并将疾病诊断、手术方案和术中、术后可能发生的无法预料或者不能防范的不良后果,均向患者(患者委托代理人)、患者家属做详细说明和解释。
- 手术组医师代表签字: _____。签字日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者、(患者委托代理人)、患者家属在认真阅读上述内容、询问有关事项后,经慎重考虑,表示理解以上手术方案和手术风险,并愿意承担以上各项风险责任,同意手术、签字为证。

患方意见:

患者: _____ 或患者委托代理人: _____

患者家属: _____ 与患者关系: _____

签字日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日