

## 人工植牙置放之討論與知情同意

患者姓名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

診斷：\_\_\_\_\_

治療：\_\_\_\_\_

### 人工植牙用於替換缺失的牙齒，並為假牙提供基底。

植牙位置：\_\_\_\_\_

#### 必需患者草簽

\_\_\_\_\_ 我特此授權並指示 \_\_\_\_\_ 醫師透過手術置放人工植牙到我的上頷及/或下頷。該程序包含手術階段和癒合階段，接著是贖復體（假牙）階段。

\_\_\_\_\_ 我理解，將在口腔（牙齦）進行切口，以將一個或多個金屬或陶瓷植體置放於頷骨中用作缺失牙齒的支點或用於穩定牙冠、假牙或牙橋。我確認，醫師已解釋此程序，包括牙齒編號和治療位置。我理解，稍後將由普通牙醫或商定的專家把牙冠、假牙或牙橋附連至此人工植牙上，並且由我額外負責該工作的費用。

\_\_\_\_\_ 我確認，可能需要二次手術程序來揭開人工植牙的頂部，並且在初始手術後的前兩週內，在沒有 \_\_\_\_\_ 醫師的事先批准下，不應該在手術部位佩戴假牙。

\_\_\_\_\_ 我理解，將會有一個約三至六個月的癒合過程，在此過程中，我將無法使用人工植牙來達到其最終的預期目的。我已收到文獻、麻醉劑資訊、手術前和手術後的說明與飲食資訊。

\_\_\_\_\_ 我理解，牙醫並未對人工植牙的壽命和保留時間進行具體估計。牙醫無法擔保或保證所提議的治療能治愈或改善我目前的病情。如果需要取下人工植牙，應該可以恢復使用傳統式假牙或部分假牙，或者將來可能會置放額外的人工植牙。牙醫也已向我說明，插入人工植牙後，必須按照計劃完成整個治療計劃。如果沒有執行此計劃，人工植牙可能會失效（變松）。

\_\_\_\_\_ 我理解，人工植牙將獲得額外的照護，並且可能需要修理。我負責第一年治療後的所有手術費用。我將遵循所獲得的術前和術後說明。

### 風險、益處與備選方案：

#### 必需患者草簽

\_\_\_\_\_ a. **風險，不限於以下內容：** 儘管人工植牙手術的成功率很高，但與所有的手術一樣，它本身就有產生併發症的可能性，包括但不限於：

- 48 小時後出現惡化的腫脹。
- 不能透過處方藥緩解的劇烈疼痛。
- 感染。
- 神經感覺的永久喪失（麻木）或改變，導致嘴唇、舌頭（包括味覺喪失）、臉頰、下巴、牙齦或牙齒麻木或刺痛感。
- 鼻竇感染或併發症。
- 過度或長時間出血。
- 顫顫關節（TMJ）疼痛或頷功能異常或頷骨骨折。
- 鄰牙、牙根或填料受損。
- 人工植牙周圍骨質流失。
- 人工植牙失效和脫落（骨骼不在人工植牙周圍生長）。

我理解，如果發生上述任何一種情況，都必須立即聯絡  
醫師

醫師

b. 益處，不限於以下內容：提高咀嚼效率，改善面容或言談，預防骨質流失和鄰牙保留是最常見的益處。

c. 口腔中使用人工植牙和贖復體的後果：我理解，吸煙、過度飲酒和咀嚼堅硬食物（如冰塊或硬糖）可能導致人工植牙受損，還可能導致它們完全失效（變松）。儘管人工植牙的成功率很高，但研究表明，在吸煙人群中的成功率顯著下降。

我理解，我必須透過日常保養以及在牙醫診所接受定期檢查和清潔來保持人工植牙和贖復體的潔淨，並且每年都要使用 X 光檢查來觀察人工植牙周圍的骨水平。這是因為人工植牙周圍的感染可能會發生在自然牙齒周圍。

我理解，除了人工植牙和贖復體相關的風險和併發症之外，使用麻醉劑或鎮靜劑可能會導致某些併發症。我已獲知有關麻醉劑的風險、益處和備選方案，我會披露我出現的任何過敏反應及/或我服用的任何物質或藥物，因為它們可能會影響我對麻醉劑或鎮靜劑的反應。

### 患者標準

幾乎任何缺牙的人都可以從人工植牙治療中受益。正在經歷咀嚼困難並且難以佩戴活動牙具的患者，可指望修復體固定於人工植牙作為可能的治療選項。沒有干擾人工植牙手術後正常癒合的疾病或病情（例如不受控制的糖尿病或用於治療癌症的放療/化療）的人，以及擁有足夠骨骼且骨密度足夠高適於固定人工植牙的人，可能是人工植牙治療選項的合適人選。

我理解向實施人工植牙治療計劃的牙醫提供完整醫療記錄的重要性。我已報告任何已知的藥物、過敏反應或之前對藥物的反應、食物、蚊蟲叮咬，麻醉劑、花粉、粉塵、血液或身體疾病、牙齦或皮膚反應、異常出血或任何其他與健康有關的狀況。

我目前或過去有\_\_\_\_\_/沒有\_\_\_\_\_以治療骨質疏鬆症為目的服用雙磷酸鹽類藥物。

我理解，如果我需要補充骨植體或其他類型的植體來建立齒脊以允許置放、牙齦閉合和固定人工植牙，  
醫師可以決定取消正在進行中的人工植牙手術。甚至有可能在手術正在進行中發現，我不是人工植牙治療的合適人選。

我請求並授權牙科服務，包括人工植牙手術及其他相關治療。我完全理解，在設想的手術過程中，根據醫師的判斷，手術或治療情況可能變得明顯，需要額外的或替代的治療，以獲得綜合治療的成功。如果醫師認為這符合我的最佳利益，我批准對設計、材料或護理作任何修改。如果在治療過程中出現不可預見的情況，需要執行與目前設想程序之外或不同的程序，或者臨床情況最終顯示不利於人工植牙的使用或防止人工植牙的置放，我進一步理解、授權和指示醫師執行他/她認為必要和適當的任何操作，包括決定不進行治療。

**核取以下適用於您的方塊：**

**同意**

- 我已透過口頭和本表格提供的資訊，獲知提議人工植牙置放的風險、益處和備選方案。
- 我已透過口頭和本表格提供的資訊，獲知備選治療以及選擇不治療我的病情的重大風險和益處。
- 我證明，我已閱讀並理解上述資訊，我理解所引用的說明，我的問題已得到回答，並在必要空白處填寫了相關內容。我授權並指示\_\_\_\_\_醫師根據具體情況採取必要且可取的操作。
- 我同意接受上述治療。
- 儘管治療可能由我的醫療及/或牙科保險承保，但我仍接受此治療的任何經濟責任並授權治療。

**或**

**拒絕**

- 我拒絕同意上述提議治療，並理解與此拒絕相關的潛在後果。

\_\_\_\_\_  
患者或患者代表

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
見證人簽名

\_\_\_\_\_  
日期

我證明，我已與\_\_\_\_\_（患者或患者代表）討論了上述治療的風險、益處、後果和備選方案，並有機會提出問題。我相信，他們理解已解釋的情況並且同意或拒絕上述治療。

\_\_\_\_\_  
牙醫簽名

\_\_\_\_\_  
日期