

非手術牙周治療之討論與知情同意

患者姓名：_____日期：_____

診斷：_____

四分區：_____

需考慮之事實

必需患者草簽

_____ 口腔檢查包括測量牙齦下牙齒周圍的牙周囊袋，以確定牙齦疾病是否需要治療。將採取牙科 X 光來檢查支撐牙齒骨骼的情況。

_____ 一般來說，由於牙周組織（即直接附連在牙齒上的骨骼）出現骨質流失，牙周囊袋深度增加，通常會形成「深牙周囊袋」。這一點值得注意，因為細菌很容易藏匿於附連至牙根的牙齦下面，並且導致持續的骨質流失。因此，牙周治療中最重要的療法是減小牙周囊袋深度。牙周囊袋深度越淺，牙周組織越健康。

_____ 牙周（牙齦）治療旨在去除被稱為斑塊（這是牙齦疾病的主要原因）的細菌物質以及牙齦線上方與下方被稱為牙結石的硬礦物質沉積物。

_____ 治療包括洗牙，即使用手工器具去除牙齒上的牙菌斑和牙結石，然後磨平牙根表面。藥物或特殊的漱口水可用於幫助控制細菌的生長，可能是治療的一部分。

_____ 治療的長期成功部分取決於您是否每天堅持刷牙和用牙線潔牙，按照指示接受定期清潔，堅持健康的飲食習慣，避免使用煙草製品，並遵循本診所教您的適當居家護理。

_____ 根據待治療部位的敏感性，可能在治療之前施用表面或局部麻醉劑（麻醉藥物）。

非手術牙周治療的益處，不限於以下內容：

_____ 定期、專業的牙齒清潔可以營造一個更潔淨的環境，在該環境中有利於牙齦癒合，降低進一步發炎或感染的機會，使您更容易保持牙齒清潔，降低替換因牙齦疾病而喪失的牙齒的費用。

非手術牙周治療的風險，不限於以下內容：

_____ 我理解，治療的一個影響是，牙齦可能會出血或腫脹，麻醉消退後我可能會感到中度不適。可能會疼痛幾天，這可以使用止痛藥來治療。如果情況持續幾天以上，我會通知診所。

_____ 我理解，由於清潔涉及與口腔中的細菌和感染組織接觸，因此我也可能會出現需要抗生素或其他療法來治療的感染。

_____ 我理解，在治療過程中口腔保持張開狀態可能會暫時使我的頷骨感到僵硬和疼痛，並可能使我在幾天內都難以張口（有時是指牙關緊閉）。但有時，這可能表示存在更嚴重的病情或問題。如果發生這種情況，我必須把出現持續牙關緊閉或其他類似問題的情況通知診所。

_____ 我理解，治療後隨著牙齦組織癒合，它們可能會縮小一些，暴露出一些牙根表面。這可能會使我的牙齒對熱或冷更敏感。我理解，可能需要額外的手術程序來治療暴露的部位。

_____ 我理解，根據我目前的牙齒狀況、現有醫療問題或正在服用的藥物，這些牙周治療方法本身可能不會完全扭轉牙齦疾病的影響，或防止進一步的問題。

_____ 我理解，在治療過程中，我可能會接受表面或局部麻醉劑及/或其他藥物。患者很少會對麻醉劑有反應，這可能需要緊急治療。**由於施用了麻醉劑，我可能需要一位指定的司機帶我回家。**注射很少引起永久性神經損傷，導致嘴唇、下巴、臉頰、牙齒或舌頭疼痛。

_____ 我理解，所有藥物都有潛在的風險、副作用和藥物交互作用。因此，我必須告訴牙醫我正在服用的所有藥物和補充劑，它們是：_____

_____ 我理解，吸煙會對建議的牙周治療的結果產生不利影響，並且由於我的病史或不戒菸，牙周治療的最終結果可能是微不足道的或否定的。

_____ 我理解，牙醫會盡一切合理的努力來確保我的病情得到適當治療，但是不可能保證完美的結果。透過在下面簽名，我確認已獲得關於提議治療的充分資訊，我理解這些資訊，並且我所有的問題都得到了滿意的回答。

不採取治療的後果，不限於以下情況：

_____ 我理解，如果不進行治療或者正在進行的治療被中斷或中止，我目前的牙周病情將繼續並可能惡化。這可能導致牙齦組織的進一步炎症和感染，牙齦線上方和下方的蛀牙，骨質、周圍牙齒的退化以及最終失去牙齒。

非牙周手術治療的備選方案，不限於以下內容：

_____ 我理解，也可能需要手術方法來幫助控制我的牙齦疾病。我已與牙醫討論了備選方案和相關費用。我的程序及其風險、益處和成本方面的問題已得到滿意的回答。

討論的備選方案：_____

牙醫無法擔保或保證所提議的治療或手術能治愈或改善上述病情。

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，獲知提議治療的益處和備選方案。
- 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