

牙齒矯正治療之討論與同意

患者姓名：_____日期：_____

診斷：_____

治療：_____

需考慮之事實

必需患者草簽

_____ 在牙齒表面黏合環帶及/或粘接托架，用作牙套的支點。然後使用托架來固定一根或多根弓絲。弓絲和托架的組合便於牙齒的移動。如果所有的牙齒還沒有突出，托架置放工作量可能是最少的。

_____ 弓絲是一條細金屬絲，也是透過對牙齒施壓而移動牙齒的主要組件。此金屬絲可以定期更換和調整。透過托架或在托架周圍繫一條細金屬絲或一個橡皮圈，來把弓絲固定到位。

_____ 橡皮圈是在兩顆或以上的牙齒之間拉伸的細橡皮圈，可以在特定的方向上提供額外的力。繫在牙套上的橡皮圈和頭罩也可用來幫助牙齒對齊。頭罩是一種條帶金屬裝置，滑入可以連接到後磨牙（牙齒）帶的管。

_____ 隱形矯正裝置是牙齒矯正治療患者的另一種選擇。如果被牙齒矯正醫師/普通牙醫視為合適人選，可以使用一系列隱形矯正裝置把牙齒逐漸移入到位。可能推薦鄰面去釉（IPR）以留出空間或修正牙齒尺寸差異。牙齒的某些移動可能需要對一些牙齒表面使用粘接的臨時附件。

牙齒矯正治療的益處，不限於以下內容：

_____ 牙齒矯正治療旨在透過控制施加在牙齒上的壓力來幫助改善咬合（牙齒的對齊和位置）。適當對齊的牙齒可以最大限度減小對骨骼、牙根、牙齦組織和顛頷關節的過度壓力。牙齒矯正治療可以幫助減少未來的牙齒問題，如異常磨損。治療可以促進良好的口腔衛生，進而最大限度減少蛀牙和未來牙周（牙齦）問題的可能性。此外，牙齒矯正有助於展現舒心的笑容，並可改善個人形象。

牙齒矯正治療的風險，不限於以下內容：

_____ 我理解，由於佩戴牙套，蛀牙、牙齦疾病和牙齒永久性牙斑（脫鈣）等疾病的風險增加，特別是吃含過多糖分的食物及/或居家護理不善（例如，不經常刷牙和用牙線潔牙）。

_____ 我理解，由於佩戴牙套，一些患者的牙根長度可能會縮短（牙根吸收）。有些患者比其他患者更容易吸收，但這並不總能事先確定。通常這不會產生嚴重後果，但有時可能會減少相關牙齒的壽命。建議您在治療過程中進行常規 X 光檢查。如果在治療期間發現牙根吸收，治療可能需要在完成之前暫停或停止。

_____ 我理解，支撐牙齒之骨骼和牙齦的健康可能受到矯正牙齒移動的影響，特別是在有先前存在的狀況，以及在先前存在的狀況不明顯的很少情況下。一般而言，牙齒矯正治療減少了牙齒脫落或牙齦感染的機會。如果不每天透過良好的口腔衛生（居家護理）清除牙菌斑，可能發生牙齦發炎和支撐骨流失。在積極的牙齒矯正治療期間，應該讓普通牙醫或牙周病醫師監測您的牙周（牙齦）健康狀況，至少每六個月或按個人建議進行一次常規 X 光檢查。如果牙周問題無法控制，可能需要停止牙齒矯正治療。

_____ 我理解，牙齒矯正治療完成後，牙齒可能會改變它們的位置。這些改變通常是微小的，嚴格按照說明使用固定器有助於最大限度地減少改變。磨牙、舌前推和口呼吸等習慣會造成咬合的改變。

我理解，完成牙齒矯正治療所需的總時間可能超過原來的估計。成功在很大程度上取決於患者對說明的遵從。骨骼生長過度或缺乏、佩戴器具（頭罩、橡皮圈等）時配合欠佳或不足、每天所需的小時數、口腔衛生差、器具損壞或失約等方面，都會延長治療時間，並影響最終結果的品質。如果治療超過估計的治療時間，可能會收取額外的費用。

我理解，牙齒非典型（不尋常）形成或頷骨生長不足或異常變化有時可能會限制達到預期結果的能力。如果任一頷的生長與另一頷不成比例，咬合可能發生改變，並且在某些情況下可能需要拔除牙齒甚至正頷（頷骨）手術來糾正生長不協調。生長和不尋常的牙齒形成是超出牙齒矯正醫師/普通牙醫控制的生物過程。牙齒矯正治療後發生的生長變化可能會改變治療結果的品質。

我理解，牙齒矯正器具偶爾會對口腔（牙齦、臉頰、舌頭和顎）組織造成刺激或損傷。有時，這些器具可能被意外吞嚥或吸入。如果正確遵守說明，這些情況就很少發生。如果傳統頭罩處理不當，可能會對臉部或眼睛造成嚴重傷害，甚至失明。在誤用或濫用牙齒矯正硬體及/或橡皮圈的情況下，曾有報告稱佩戴頭罩的患者眼睛遭受永久性傷害。分離式頭罩具有一個可釋放的門鎖，當向前拉動面弓（前部或桿）時，該門鎖可以有預見性地輕鬆分離。警告患者不要在參與團隊運動、競技或涉及任何形式的身體接觸的競爭性活動時佩戴器具。

我理解，牙齦、臉頰和嘴唇可能會因器具鬆動或破損或口腔創傷而受到劃傷或刺激。調整後壓痛是典型現象，也是預期現象，並且壓痛或敏感的持續時間隨著每位患者和所執行之程序而不同。典型的調整後壓痛可能持續 24 至 48 小時。一旦發生任何異常症狀或器具損壞或鬆動，應立即通知本診所。

我理解，所有必要的常規牙科工作（補牙、潔牙、牙蓋/牙冠）應該在開始牙齒矯正治療之前完成。在整個牙齒矯正治療過程中，必須接受普通牙醫提供的定期檢查、X 光檢查和清潔，牙齒矯正醫師不會執行這些工作。不遵守此說明可能導致牙齒損傷或脫落。

我理解，一小部分患者可能對牙齒矯正材料出現過敏。通知牙齒矯正醫師/普通牙醫任何已知的過敏症，可以減少出現過敏反應的機會。我會把任何可能由牙齒矯正器具或硬體引起的過敏反應的異常症狀通知診所。

我理解，隱形矯正裝置需要至少 22 小時的日常佩戴，以保持牙齒的正常移動。如果不遵守這一要求，可能會導致隱形矯正裝置治療的延遲或失敗。為了達到預期效果，作為該治療的一部分，可能需要額外的矯正治療，包括托架、鈕扣、牙齒矯正橡皮圈及/或修復性工作。

修復體可能脫落，需要更換或重新黏合。具有大修復體或受到創傷的牙齒，可能會加重到需要根管治療或更多修復工作的地步。

我理解，在使用 TMJ（頷關節）進行牙齒矯正治療期間可能會出現問題，例如疼痛、頭痛和開啟及/或關閉後鎖定。問題可能由遺傳、創傷、牙關緊咬、磨牙、關節炎或咬合不良等諸多因素引起。應立即向本診所報告症狀。

不採取牙齒矯正治療的後果，不限於以下內容：

我理解，如果不進行牙齒矯正治療，我可能會繼續出現現有的咬合問題，牙齒的症狀和美容（排列）外觀將保持不變。

牙齒矯正治療不是唯一解決方案時的備選治療，不限於以下內容：

我理解，任何特定患者的牙齒矯正治療的具體備選方案取決於個人牙齒的性質、支撐結構和外觀。治療方案可能包括 1) 拔除手術，2) 正頷手術，3) 矯正臨時植體（TAD），4) 廣復體解決方案，如牙橋、人工植牙和部分假牙和 5) 所討論的其他折衷方法。我已詢問牙齒矯正醫師/普通牙醫，並已獲知備選方案及相關費用。我有機會提出問題，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。

所討論的備選方案： _____

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，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。我授權並指示此牙醫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