

貼片之討論與知情同意

患者姓名：_____日期：_____

診斷：_____

治療和牙齒編號：_____

需考慮之事實

必需患者草簽

_____ 牙齒貼片（有時稱為瓷貼片或牙齒烤瓷貼片）是一層薄薄的自訂瓷片，由牙齒顏色材料製成。這些瓷片粘接膠合或黏合）到牙齒的正面，改變它們的顏色、形狀、大小或長度。貼片不覆蓋或包圍整顆牙齒。

_____ 前牙貼片治療包括去除牙齒結構，但不到全口牙冠準備。然而，此程序是不可逆轉的，因為必須去除牙齒的部分琺瑯質，以便為貼片與黏合劑提供足夠的空間。

_____ 用貼片修復牙齒可能需要兩個階段：1）準備牙齒，製作印模或模具（用於製造最終貼片），將該模具送至牙科實驗室，然後構造和臨時黏合臨時貼片，或者在某些情況下使用 CAD-CAM（電腦輔助掃描牙弓和牙齒）及 2）去除臨時貼片（在 CAD-CAM 情況下不需要），在驗證並接受美學和功能後調整和黏合永久貼片。

_____ 置放臨時貼片之後，務必回到診所置放永久貼片，因為臨時貼片不適合用作永久貼片。如果臨時貼片破裂、鬆動或牙齒不舒服，應立即向牙醫報告。不用永久貼片替換臨時貼片，可能導致蛀牙、牙齦疾病、感染、牙齒咬合和脫落等問題。在製造 CAD-CAM 牙冠的情況下，不得使用臨時貼片。

貼片之益處，不限於以下內容：

_____ 貼片通常用於因先前根管治療、使用四環黴素或其他藥物（例如過量的氟化物）產生的色斑或存在大樹脂填料而變色的牙齒。貼片可以保護出現磨損、缺損或破碎而不必治療整顆牙齒的牙齒。

_____ 貼片也可以用於美學目的，以修復稍微不對齊、不均勻或不規則形狀的牙齒，以及閉合牙齒之間出現間隙的一些空間。

貼片之風險，不限於以下內容：

_____ 我理解，讓牙齒為使用貼片做準備的工作包括從相關牙齒表面去除琺瑯質。此準備可能會刺激牙齒中心的神經組織（稱為牙髓），使我的牙齒對熱、冷或壓力敏感。持續敏感的牙齒可能需要額外的治療，包括根管治療。

_____ 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，貼片如出現碎裂、裂縫，通常無法修復。如果貼片隨後發生變更，可能需要使用全覆蓋式牙冠。

_____ 我理解，貼片可能不完全匹配其他牙齒的顏色，貼片一旦就位，便無法改變。

_____ 我理解，貼片不太可能發生移位和脫落。為了最大限度減少發生這種情況的機會，我不應該咬指甲、咀嚼鉛筆、冰塊或其他硬物，或做其他會給牙齒施壓的事。另外，磨牙或咬牙可能會導致貼片脫落。在這種情況下，我可能需要額外治療，如牙套。

_____ 我理解，貼片將安裝在牙齦線附近，而牙齦線位於容易出現牙齦發炎、感染及/或蛀牙的部位。正確刷牙和用牙線潔牙、健康的飲食和定期的專業清潔，是控制這些問題的一些重要預防措施。

_____ 我理解，治療過程中存在吸入或吞嚥貼片的風險。

_____ 我理解，我可能會接受局部麻醉劑及/或其他藥物。患者很少會對麻醉劑產生反應，這可能需要緊急治療；或發現其降低了控制吞嚥的能力，這會增加治療過程中吞嚥異物的機會。**取決於所施用的麻醉劑和藥物，我可能需要一位指定的司機帶我回家。**注射很少引起暫時或永久性的神經損傷，導致嘴唇、舌頭、臉頰、下巴或牙齦麻木。

_____ 我理解，所有藥物都有潛在的附帶風險、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，牙醫會盡一切合理的努力來確保我的治療取得成功。

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，我可能會出現貼片可以解決並可能加重的病情，牙齒的外觀可能會變差。

貼片的備選方案，不限於以下內容：

_____ 我理解，根據我選擇置放貼片的原因，可能存在備選方案，包括全覆蓋式修復體（牙冠）或用於牙排列的牙齒矯正。我已詢問牙醫有關它們及其各自的[費用]益處、風險、優勢與不足。我的程序及其風險、益處、備選方案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，獲知提議治療的風險與益處。
- 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