

牙齦移植之討論與知情同意

患者姓名：_____ 日期：_____

診斷：_____

治療和部位：_____

需考慮之事實

必需患者草簽

_____ 我已獲知，我的牙齒周圍出現了粘膜牙齦問題。這可能表示，我沒有足夠的附連牙齦組織或肌肉附連，因而可能導致牙齒過早脫落。我理解，如果附連的牙齦不足，細菌和食物就會嵌入牙齦線下，由此導致牙齦進一步退縮或局部感染（牙齦膿腫）。我也理解，在牙齦線或牙齦下有邊緣的牙冠（牙蓋）含有填料的情況下，務必要有足夠的附連牙齦寬度，以使填料或牙冠邊緣或它們的結構材料不會對牙齦造成較大的刺激。我已獲知並理解，牙齦移植手術可以幫助解決這個問題。

_____ 我已獲知，手術程序包括通常從口腔頂部去除一小段牙齦，然後移植/置放在牙齦退縮區附近。植體可以置放在剩餘牙齦的基部，或者可以置放成部分覆蓋由退縮暴露的牙根表面。我理解，如果嘗試後者，置放在牙根的牙齦可能在癒合期間縮回，並且覆蓋暴露之牙根表面的嘗試可能不會完全成功。

_____ 在注射局部麻醉劑麻醉待手術部位後，牙齦會做出反應（邊緣呈鋸齒狀）以暴露出牙齒，然後牙醫會清潔和磨平牙根。在植體材料被置放在待手術部位之前，可以在牙根施用抗生素及/或其它化學物質以去感染。

牙齦移植的益處，不限於以下內容：

_____ 牙齦移植手術的目標是，透過將新的角化（更密集）附連牙齦加入可以抵抗任何未來破壞的部位，來加強移植部位。此程序還可以覆蓋暴露的牙根表面，從而提升牙齒和牙齦線的外觀，並治療和最大限度地減少牙根敏感或蛀牙。

牙齦移植的風險，不限於以下內容：

_____ 我理解，手術可能出現術後出血、腫脹、疼痛、感染、面部變色和牙齒暫時、偶爾或持久對熱、冷、甜或酸性食物的敏感。手術部位（包括牙齦、嘴唇和下巴）可能會暫時或永久性麻木。

_____ 我理解，少數患者不會對牙齦移植成功做出反應。如果置放植體以部分覆蓋由於退縮而暴露的牙根表面，則癒合期間置放在牙根上的牙齦可能縮回。在這種情況下，覆蓋暴露的牙根表面的嘗試可能不會完全成功，導致牙齒之間進一步退縮或間隔加大。植體在顏色和厚度方面可能與相鄰的軟組織不同。

_____ 我理解，我將透過注射及/或其他藥物方式來接受局部麻醉。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。這增加了治療期間吞嚥異物的機會。**根據所使用的麻醉劑和藥物，我可能需要一位指定的司機帶我回家。注射很少會引起暫時或永久性的神經損傷，導致下巴、嘴唇、牙齦和舌頭感覺喪失和味覺喪失。**

_____ 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，所有的藥物都可能產生副作用、非預期的反應和藥物交互作用。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，吸煙及/或咀嚼煙草及/或飲酒可能影響牙齦癒合，並可能會限制或阻止手術的成功結果。吸煙可能會對拔除部位的癒合產生不利影響，並可能導致乾性齒槽炎（齒槽窩壁骨骼感染）。相較於不吸煙者，吸煙者具有更高的乾性齒槽炎風險。我同意遵守有關日常口腔護理的說明。

建議治療的備選方案：

_____ 我理解，牙齦移植的備選方案可能包括（1）不治療，預計慢性炎症會導致進一步退縮，這通常與牙齒對極端溫度和其他刺激物的敏感性增加相關，因退縮而暴露的牙根表面蛀牙風險增加，並可能導致牙齒過早脫落；（2）嘗試透過在牙根內或牙根表面置放填料來隔離牙齒以控制敏感性，預計會因此程序而導致進一步退縮；（3）非手術刮除牙根和牙齦內襯（牙根整平與刮除），預計這只會導致炎症和感染部分及暫時減少，不會阻止退縮，需要更頻繁的專業護理，並可能會導致我的病情惡化和牙齒過早脫落；（4）拔除與退縮有關的牙齒和缺乏附連牙齦組織的牙齒，這可能需要用牙橋、牙冠或人工植牙來代替。

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，獲知提議牙齦移植的風險、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