

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

牙科 牙周手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

出生日期：_____

一、這份說明書是有關您即將接受的手術（或醫療處置）的效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個手術（或醫療處置）的任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

(一)、手術原因：在完成牙周病基本治療後，由於牙周深部仍有問題，因此需要手術進行深部清理，與作必要時的齒槽骨修整。

(二)、手術性質：牙周手術極為細膩費時通常只須局部麻醉，不需住院。雖然術後難免有些許的不適感，但一般而言不會影響到日常生活及工作。

(三)、成功率：手術之主要目的為延長牙齒之使用年限，大多數的手術能達此目的，但因牙周環境特殊，仍需病人維持良好的口腔衛生並定期回診。

(四)、術後常見之情況：雖然術後有短期之不適，但換來長期的牙周健康，十分值得。

牙齒退縮：手術區牙齦會有些許退縮，因此牙齒會顯得稍長。

牙齒敏感：手術區的牙齒對溫度，尤其是冷，或某些水果、甜食會較敏感，此種情況約三、四週才會逐漸改善。

牙齒動搖：手術區的牙齒動搖度會暫時增加，請勿擔心，通常一、二個月後會回復。

(五)、可能發生之併發症及危險：手術後輕度的不適與腫脹為正常反應。較常見之併發症為術後傷口滲血，與對手術植入之材料過敏。重大傷害極為罕見。

(六)、手術以外之其他選擇：如未接受手術，須了解牙周破壞通常仍在進行中，同時易有急性復發的可能性。不手術的替代方式為定期保養（即支持性牙周治療），以緩和牙周破壞。另外拔牙也是一項選擇。

(七)、本次手術區域：_____

(八)、健保給付說明：本區域之牙周手術二年內，無論任何原因，所做相同之牙周手術，皆不得再向健保局申報給付，亦不得向病人收取費用。

手術醫師簽名：_____

西元 年 月 日 時 分

二、病人之聲明

本人(或家屬) 已經與醫師討論過接受這個手術(或醫療處置)的效益、風險及替代方案，本人對醫師的說明都已充分了解，並且保有此資料副本一份。

病人(或家屬)： (簽章) 西元 年 月 日 時 分

與病人之關係：

說明醫師： (簽章) 西元 年 月 日 時 分

立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。
見證人部分，如無見證人得免填載