

口腔局部麻醉知情同意书

患者姓名：_____ 性别：男 女 年龄：____岁 联系电话：_____

证件号码：_____ 通讯地址：_____

一、疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有(牙位+疾病)_____，需要进行_____治疗。

医生建议我选择一下麻醉方法之一，必要时允许改变麻醉方式：阻滞麻醉 浸润麻醉

- 1.口腔局部麻醉主要是利用局部麻醉药物暂时阻止机体一定区域内神经末梢和纤维的感觉传导，使该部位失去痛觉，但其他感觉如触压感、温度感觉仍然存在，患者仍然保持清醒的意识。口腔局部麻醉的主要任务是：消除疼痛，保障患者安全，并为口腔治疗或手术创造条件。各种麻醉方法和药物对患者的生理功能都有一定影响：而不同患者对麻醉药物的反应也不尽相同。任何麻醉方法都存在一定风险性，根据目前技术水平尚难以完全避免发生一些医疗意外或并发症。如合并其他疾病，麻醉可诱发或加重已有症状，相关并发症和麻醉风险性也显著增加。
- 2.为了我的治疗（手术）安全，医师将严格遵循麻醉操作规范和用药原则：严密监测我的生命体征，并履行医师职责，对异常情况及时进行治疗和处理。
- 3.为了减轻我术后疼痛，促进康复，医师向我介绍了缓解术后疼痛 不适反应的方法，包括口服抗生素药、止痛药，以及冷、热敷。

二、麻醉潜在风险和对策

- 1.医师已对我的病情、病史进行了详细询问。我对医师所告知的，因受医学科学技术条件限制，目前尚难以完全避免的麻醉意外和并发症表示理解。相信医师会采取积极有效措施加以避免。如果发生紧急情况，医师无法或来不及征得本人或家属意见时，授权医师按照医学常规予以紧急处理和全力救治。如果所选麻醉方法不能满足治疗（手术）的需要，授权医师根据具体情况改变麻醉方式以便顺利完成治疗（手术）。
- 2.我理解麻醉存在以下（但不限于）风险：
 - 2.1麻醉注射区域可能发生神经、血管 组织结构损伤，可能出现血肿、头痛、暂时性面瘫，麻醉过程中可能出现麻醉过敏、晕厥、中毒，甚至呼吸心跳停止危 及生命；
 - 2.2麻醉各种操作可能引起组织出血、神经损伤、创伤、感染、坏死；
 - 2.3患者本身合并其他疾病或有重要脏器损伤者，相关并发症和麻醉危险性显著增加；
 - 2.4授权医师在患者病情需要时可使用自费麻醉和抢救药品及物品。

三、患者知情选择

- 1.医生已经告知我将要施行的麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它麻醉方法并且解答了我关于此次麻醉的相关问题。
- 2.我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的麻醉方式做出调整。
- 3.我理解在我的麻醉期间可能需要多位医生共同进行。
- 4.我并未得到治疗百分之百无风险的许诺。

患者签名_____ 签名日期_____年____月____日____时____分

如果患者无法或不宜签署知情同意书，请其近亲属或授权的代理人在此签名：

患者近亲属或授权的代理人签名_____与患者关系_____，

签名日期_____年____月____日____时____分

四、医生陈述

我已经告知患者将要施行的麻醉方式、此次麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、根据手术治疗的需更改变为其他麻醉方法的可能性，并且解答了患者关于此次麻醉的相关问题。

医院（诊所）：_____。

医生签名_____ 签名日期_____年____月____日____时____分