

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_____，需要在_____麻醉下进行根管治疗(RCT)治疗。

根管治疗术是治疗各种原因引起的牙髓、根尖周演变，保存牙齿、牙根的首选方法，也是国际公认的最有效的治疗方法。该方法技术含量高、难度大、操作复杂，就诊时间长，价格相对较高。因牙齿根管受种族、年龄、全身状况、病变程度等影响，有明显的个性差异，这些都给根管治疗术增加了难度，影响治疗中和治疗后的临床效果。

二、根管治疗潜在风险和注意事项：

医生告知我如下根管治疗的注意事项及可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的治疗方式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1.一般情况下，根管治疗术需多次诊治才能完成，持续时间较长。若患牙病损严重，如出现根尖周暗影、病症疑难。则治疗次数和诊疗时间增加；应按医嘱及时复诊，否则影响疗效和疗程；

2.治疗费用按患牙根管数目而定，每次按诊治项目缴费；若需采用特殊器材时，治疗费用会相应提高；

3.为了治疗顺利进行，需于患牙上钻磨窝洞以达髓腔；必要时需进行麻醉；

4.为了保证疗效，通常应在治疗前、中、后各照牙片一张甚至更多牙片，以帮助诊断；

5.治疗期间不能用患牙咀嚼食物，以免引起封药脱落或患牙折断；

6.在治疗过程中医生视病情可能将对预定治疗方案做出调整，包括不能继续进行根管治疗、需行根尖外科手术、患牙拔除等；

7.根管治疗可能发生和存在的风险及局限性：

根管治疗过程中因不同个体，不同牙位，治疗难度不同，效果也不尽相同。常规根管治疗术中和术后可能会发生的意外和并发症如下（包括但不限于）：麻醉意外，上颌窦穿孔，损伤神经，损伤牙齿，术后出血，术后感染，肿痛加重，牙体脆性变容易折断等；根管弯曲、不通者，治疗时可能出现根充治疗不到位、器械分离甚至根管侧壁穿通等情况；个别患牙在完成治疗后仍难以痊愈。如患牙疼痛甚至面部肿胀或其他并发症，轻者可口服抗生素观察，重者应立即复诊；

8.如果患者患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者吸烟史，妊娠期，以上这些风险可能会加大，或者在术中术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

三、医生陈述：

我已经告知患者病情、将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方式等，并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

四、患者知情选择：

1.我已如实告诉我的医生我的真实情况；

过敏史 无（ ） 对_____过敏；

高血压等心血管病 无（ ） 如有相关疾病，疾病名称：_____，血压：_____。

2.医生已经告知我病情、将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、禁忌症、注意事项、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题；

3.我理解治疗过程中如果不遵医嘱，可能影响效果；

4.经慎重考虑，我同意接受本次治疗，在治疗中医生可以根据我的情况对预定的方式做出调整；

5.我理解我的治疗可能需要多位医生共同进行；

6.我并未得到百分之百成功的许诺；

7.我授权医师对治疗中切除的病变器官、组织成标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

本人已阅读知情同意书的全部内容，充分了解并清楚知晓该疾病的一切相关信息，自愿接受治疗。

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

如果患者无法签署知情同意书，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。

患者或其监护人签名_____ 签名日期____年____月____日____时____分。

医院（诊所）：_____

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