

敬偉牙醫診所 口腔手術局部麻醉同意書

*基本資料

病人姓名：_____

病人出生日期：_____年_____月_____日

病人病歷號碼：_____

醫師姓名：_____

一、 擬實施之手術(如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋)

1、 醫師施行手術名稱：

- 人工牙根植入術
- 單純齒切除術
- 複雜齒切除術
- 其他

二、 建議麻醉方式：

局部麻醉

三、 醫師之聲明

- 1、 我已經為病人完成術前麻醉評估之工作。
- 2、 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋麻醉之相關資訊，特別是下列事項：
 - 麻醉之步驟。
 - 麻醉之風險。
 - 麻醉後，可能出現之症狀。
 - 如另有麻醉相關說明資料，我並已交付病人。
- 3、 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術涉及之麻醉問題，並給予答覆：

(1) _____

(2) _____

(3) _____

醫師簽名：

日期： 年 月 日
時間： 時 分

四、病人聲明

- 1、 我了解為順利進行手術，我必須同時接受麻醉，以解除手術所造成之痛苦及恐懼。
- 2、 醫師已我解釋，並且我已了解施行麻醉之方式及風險。
- 3、 我已了解麻醉說明。
- 4、 針對麻醉之進行，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

基於上述聲明，我同意進行麻醉。

立同意書人簽名：

關係：病患之

住址：

電話：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

見證人：

簽名：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

口腔手術局部麻醉說明書

因為人工牙根植入單純齒切除複雜齒切除(手術)，您必需同時接受麻醉，除輔助手術順利施行外，可以使您免除手術時的痛苦和恐懼，並維護您生理功能之穩定，但對於部分接受麻醉之病人而言，有可能發生以下之副作用及併發症：

- 1、病分患者可能對麻醉藥如 Lidocaine、Xylocain、Articaine…等有過敏反應。
- 2、局部麻醉之副作用，可能造成頭痛、頭暈、心跳加速、噁心、嘔吐、感覺異常等…症狀，較嚴重的副作用症狀，如嗜睡、意識混亂、震顫、肌肉抽搐、肌肉痙攣、昏迷及呼吸麻痺…等等，而嚴重的心血管疾病患者所產生的副作用症狀，則是以血壓突降、心跳失律過慢及心血管衰竭等形式出現，所以如果患有全身性系統性疾病，心臟方面的疾病或是對於麻醉藥抗生素等藥物過敏，請事先告訴醫師。
- 3、局部麻醉之禁忌症如下，若你有以下症狀則不建議施打麻醉藥並請告知醫師，以免發生危險：
嚴重低血壓嚴重高血壓急性心衰竭急性充血性青光眼
糖尿病代謝情況先償嗜鉻細胞瘤甲狀腺毒症心臟有嚴重的神經脈動及傳導系統的障礙心絞痛血管硬化血

液凝固障礙

醫療機構_____醫師_____

病患簽名欄_____日期_____

