

牙醫門診麻醉同意書

病人姓名_____ 出生日期_____年_____月_____日 牙位_____

一、擬實施之療程名稱

醫師施行療程名稱：蛀牙填補 拔乳牙 其他_____

二、麻醉方式：局部麻醉

手術過程中之麻醉，除輔助手術順利施行外，亦可免除手術時的疼痛和恐懼，並維護生理功能之穩定，但對於部分接受麻醉之病人而言，不論全身麻醉、區域麻醉或局部麻醉，均有可能發生以下之副作用及併發症：

- 1.對於已有或潛在性心臟血管系統疾病之病人，於手術中或麻醉後較易引起突發性急性心肌梗塞。
- 2.對於已有或潛在性心臟血管系統或腦血管系統疾病之病人，於手術中或麻醉後較易發生腦中風。
- 3.緊急手術，或隱瞞進食，或腹內壓高（如腸阻塞、懷孕等）之病人，於執行麻醉時有可能導致嘔吐，因而造成吸入性肺炎。
- 4.對於特異體質之病人，麻醉可引發惡性發燒（這是一種潛在遺傳疾病，現代醫學尚無適當之事前試驗可預知）。
- 5.由於藥物特異過敏或因輸血而引致之突發性反應。
- 6.區域麻醉有可能導致短期或長期之神經傷害。
- 7.其他偶發之病變。

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。
- 3.我已經給予病人充足時間，詢問有關本次手術涉及之麻醉問題，並給予答覆。

四、病人之聲明

- 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疼痛及恐懼。
- 2.醫師已向我解釋，並且我已了解施行麻醉之方式及風險。
- 3.我已了解麻醉可能發生之副作用及併發症。
- 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，我同意進行此麻醉。

附註：立同意人非病人本人者，「與病人之相關欄」應予填載與病人之關係。

立同意書人簽名：_____ 關係：病人之_____

治療醫師簽名：_____

日期：_____年_____月_____日 時間：_____時_____分