

牙醫門診手術及麻醉同意書格式

牙全廷字0697號

主旨：函轉衛生福利部公告之「牙醫門診手術及麻醉同意書」格式。

說明：

- 一、依據醫療法第63第3項辦理。
- 二、同意書之簽具，係醫病間之雙方行為，爰依個案情況，得於同意書加註或增補醫病雙方行為，不以公告格式為限。
- 三、檢送同意書格式各1份(如附件一)
- 四、聯絡人及電話：黃恩佑 02-25000133分機223

修正全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

牙全廷字第1599號

主旨：函轉衛生福利部中央健康保險署公告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自107年8月1日生效。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署公告107年7月26日衛部保字第1071260344C號函辦理。
- 二、本次修訂重點為修訂給付項目及支付標準表英譯文字，其餘內容未更動。
- 三、上述公告修正內容電子檔已刊登於本會網站，會員自行下載。本會網址：www.cda.org.tw 路徑：法規資料庫>全民健保總額相關法規。
- 四、聯絡人及電話：潘佩筠 02-25000133轉265

修正醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項

牙全廷字第1598號

主旨：函轉衛生福利部公告修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，並自107年8月1日起生效，請周知會員。

說明：

- 一、本次修訂牙科相關內容摘要如下，詳細規定請閱本會網站。(一)修正第十九點第五款文字：辦理口腔癌確認診斷之醫事機構，須符合「醫療機構設置標準」所定之醫院類別。
- 二、上述內容電子檔已刊換於本會網站，會員自行下載。本會網址：www.cda.org.tw；路徑：法規資料庫>全民健保總額相關法規>總額相關法規。
- 三、承辦人及電話：許家禎 02-25000133轉266

附件一(1)

人工植牙手術說明書

為了充分了解植牙手術順利進行，向您說明植牙過程，並請您理解植牙可能遇到的風險！

- 一、人工牙根植入後通常需再經過一段時間的骨整合時間(視是否有做其它輔助性手術及病患的身體狀況而定)再進行第二階段手術，後接出支台齒製作假牙(或不需要第二次手術直接印模製作假牙)。
- 二、若您有系統性疾病如心臟病、糖尿病、高血壓、骨質疏鬆……等，必須告知醫師並控制好才適合進行手術。
- 三、植牙如同於自然牙齒並不適合咬太硬或過度重咬，也會因保養不當或服用某些藥物(治療骨質疏鬆的藥物)造成植牙後人工牙根的損害。
- 四、植牙手術的成功率是無法百分之百，但根據國外長期且嚴謹的臨床追縱報告，經五年使用後人工植體仍存在的比率約達 80%~90%。
- 五、「術後人工植體使用年限減少之高危險群」(當植體已植入，但如有下列症狀亦可能有影響)——如罹患牙周病、糖尿病、抽煙(特別是重度抽煙者)、有磨牙習慣、吃檳榔、身體不好……等。
- 六、任何手術皆存在一定程度之風險性，包括術中、術後可能之暫時性或永久性之症狀。
- 七、一般性症狀如：傷口出血、傷口疼痛、傷口腫脹、傷口感染或癒合不良、局部麻醉風險、因併發症或手術效果不如預期，必要時需再度手術及其它治療。
- 八、特殊性症狀如：骨髓炎、蜂窩組織炎、口鼻竇相通、鼻竇炎、敗血症、皮下氣腫、臉頰部皮膚瘀血腫脹、顏面嘴唇下頷牙齒或舌頭暫時或永久性麻痺感、開口困難、口內疤痕形成、需要附加額外的手術或材料，包括軟或硬組織、植牙失敗，再度手術取出、在第二階段手術前，人工牙根可能提早外露而看得見、其它……等。
- 九、人工植牙替代方案如下：1. 活動式假牙 2. 固定性牙橋。
- 十、植牙後仍可能因個人口腔衛生習慣而導致植體周圍炎，造成植牙喪失無法使用。
- 十一、植體假牙裝置後仍需定期回診，一般建議半年回診一次，以維護植牙之使用。

醫療機構 _____ 醫師 _____

病患簽名欄 _____ 日期 _____

附件一(2)

牙醫門診手術及麻醉同意書

*基本資料

病人姓名 _____

出生日期 _____年 _____月 _____日

病歷號碼 _____

手術同意書

一、擬實施之手術（以中文書寫，必要時醫學名詞得加註外文）

1. 疾病名稱：

2. 建議手術名稱：

3. 建議手術原因：

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
- 手術併發症及可能處理方式
- 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
- 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
- 其他與手術相關說明資料，已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____

手術負責醫師

姓名：

簽名：

日期：

年

月

日

時間：

時

分

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相

附件一(3)

- 關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
 3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我 同意 不同意 輸血。
 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我已經向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
 7. 我瞭解這個手術有一定的風險，無法保證一定能改善病情。
 8. 我已經取得醫師交付之其他與手術相關說明資料

麻醉同意書

一、擬實施之手術名稱（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

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
 鎮靜術
 全身麻醉
 其他

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. 我已經盡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，並給予答復：
 - (1)
 - (2)

附件一(4)

(3) _____

醫師簽名： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

時間： _____ 時 _____ 分

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，我同意進行此手術及麻醉。

立同意書人姓名： _____ 簽名： _____
 (※若您拿到的是沒有醫師聲明之空白同意書，請勿先在上面簽名同意)

關係：病人之 _____ (立同意書人身分請參閱附註三)

身分證統一編號/護照號碼：

住址：

電話：

日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 時間： _____ 時 _____ 分

附註：

一、手術的一般風險

1. 手術後，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素、呼吸治療或其他必要的治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管堵塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 手術過程仍可能發生難以預期的意外，甚至因而造成死亡。

二、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。

三、手術及麻醉同意書除下列情形外，應由病人親自簽名：

1. 病人為未成年人或因故無法為同意之表示時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。
2. 病人之關係人，係指與病人有特別密切關係之人，如伴侶（不分性別）、同居人、摯友等；或依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如監護人、少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。
3. 病人不識字，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人於指印旁簽名。

四、醫療機構應於病人簽具手術及麻醉同意書後三個月內，施行手術，逾期應重新簽具同意

附件一(5)

- 書，簽具手術及麻醉同意書後病情發生變化者，亦同。
- 五、手術進行時，如發現建議手術項目或範圍有所變更，當病人之意識於清醒狀態下，仍應予告知，並獲得同意，如病人意識不清醒或無法表達其意思者，則應由病人之法定或指定代理人、配偶、親屬或關係人代為同意。無前揭人員在場時，手術負責醫師為謀求病人之最大利益，得依其專業判斷為病人決定之，惟不得違反病人明示或可得推知之意思。
 - 六、醫療機構為病人施行手術後，如有再度為病人施行相同手術之必要者，仍應重新簽具同意書。
 - 七、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。
 - 八、醫療機構查核同意書簽具完整後，一份由醫療機構連同病歷保存，一份交由病人收執。

特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式及填表說明

(107)北豪牙審字第028號

主旨：檢轉中華民國牙醫師公會全國聯合會來函，有關衛生福利部中央健康保險署公告，「特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式及填表說明」。

說明：

- 一、依據107年7月26日召開之「第11屆第6次牙醫門診醫療服務北區審查分會會議」會議決議辦理。
- 二、旨揭公告內容請至健保署全球資訊網查詢，相關路徑如下：健保署>醫事機構>醫療機構>醫療費用XML申報格式。
- 三、聯絡人及電話：楊逸莉 03-4383630

全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計劃

(107)北豪牙審字第036號

主旨：轉中華民國牙醫師公會全國聯合會來函，宣導「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計劃」應依計畫規定提供醫療服務及申報醫療費用。

說明：

- 一、依據中華民國牙醫師公會全國聯合會牙全廷字第1597號函辦理。
- 二、衛生福利中央健康保險署近期查核特約醫療院所有下列虛報醫療費用之情事：
 - (一)保險對象自始完全未接受牙周病統合照護計畫，卻虛報醫療費用。
 - (二)保險對象未接受齒齦下刮除或牙根整平治療，卻虛報牙周病統合照護計畫第二階醫療費。
 - (三)保險對象未接受麻醉，卻虛報麻醉醫療費
- 三、請貴會宣導會員應依計畫規定提供醫療服務及申報療費用，並再次檢視費用申報資料，如有錯誤申報請貴會協助會員自清，並向各分區業務組繳回申報之醫療費用。
- 四、聯絡人及電話：楊逸莉 03-4381842

有關牙周病統合照護計畫照護手冊

主旨：有關「牙周病統合照護計畫照護手冊」，全聯會**已無庫存**，為配合牙周病統合照護計畫修訂，目前將暫不再版印刷紙本手冊，未來如有印刷新版，將再另行告知。

說明：檢附「牙周病統合照護計畫照護手冊」及「牙周病統合照護計畫」相關資訊網址連結，敬請會員醫師自行下載列印使用。

(http://www.tyda.com.tw/tyda/activity_detail.jsp?atid=646)

承辦人及電話：許家禎 02-25000133轉266

有關牙周病統合照護計畫執行及申報注意事項

(107)北豪牙審字第035號

主旨：檢轉中華民國牙醫師公會全國聯合會來函，有關牙周病統合照護計畫執行及申報注意事項(詳如附件)。

說明：

- 一、中華民國牙醫師公會全國聯合會1070710號請辦單辦理。
- 二、有關牙周病合照護計畫執行及申報注意事項，提供各審查會參考並宣導會員，應依計畫規定提供醫療服務及申報醫療費用，參考資料如下：
 - (一)牙周病統合照護計畫執行及申報注意事項(附件二)
 - (二)牙周病統合照護計畫執行流程(附件三)
 - (三)牙周病統合照護計畫病歷記錄表(範本)(附件四)
- 三、聯絡人及電話：楊逸莉 03-4383630

附件二

牙周病統合照護計畫執行及申報注意事項

一、VPN 登錄

- 牙周病統合照護計畫第四項(三)第3點規範：「特約醫療院所擬執行牙周病檢查與治療前，應先詢問病人是否已持有牙周病照護手冊或接受過治療，並請至全民健康保險資訊網服務系統(Virtual Private Network, VPN)進行牙周病統合照護計畫「登錄及查詢」該病患是否曾接受牙周病統合性治療，如未曾接受統合性治療或曾接受統合性治療超過一年以上(以執行P4001C起算)，始得收案執行」。
- 承上所述，有關VPN登錄健保署將自費用年月107年7月起增設醫令自動化檢核邏輯，VPN登錄「收案日期」必須要小於等於(≤)「P4001執行日」，如未完成登錄將不予支付費用，請計畫執行院所依規定儘速完成收案對象VPN登錄。

二、同日P4001、P4002併報及麻醉費用申報注意事項

• 臨床專業意見：

臨床上病人初診會先照環口X光片和做牙周病臨床檢查，確認是牙周病問題後在徵得病患同意執行牙周病統合照護計畫治療後，即可同次診療做塗牙菌斑顯示液檢測和衛教指導，並上浸潤性區域麻醉做四象限牙齦下牙結石刮除術和牙根整平術，並不一定要分次來執行，也未違背牙周病治療醫療專業程序，在牙周病界有名國際期刊論文也有提出一次性做全口牙齦下牙結石刮除術和牙根整平術可獲得較佳除菌效果!

• 行政審查方面：

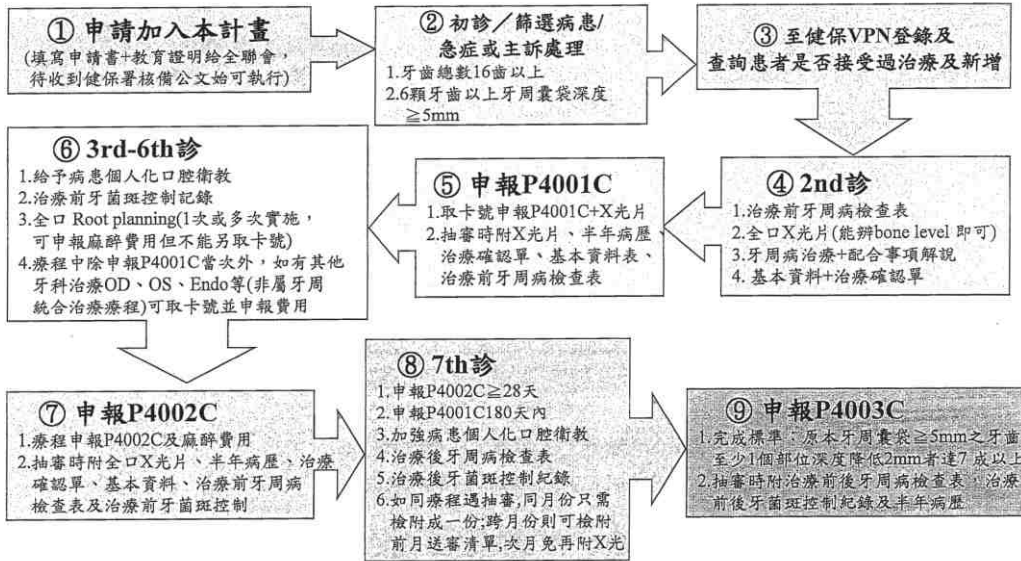
牙周病統合照護計畫執行規範，「牙周病統合性治療第一階段支付(P4001C)」診療項目施行內容為治療前全口X光、牙周病檢查及提供衛教指導，「牙周病統合性治療第二階段支付(P4002C)」施行內容為全口齒齦下刮除、牙根整平、牙菌斑去除指導及控制紀錄等。

評估治療對象狀況，判斷同日可併同完成牙周病統合性治療第一、二階段診療項目所述規範內容，當執行之診療處置與申報一致時，P4001C及P4002C可同日併同申報，並不違反相關申報規範。若P4002C分多次施行處置，則於全口療程結束後再行申報P4002C。

- 麻醉費用併同牙周病統合性治療第二階段支付(P4002C)主處置申報，依實際執行之麻醉處置次數申報「牙科局部麻醉(96001C)」(不另取卡號)，並於病歷上詳實記載。

附件三

牙周病統合照護計畫申報流程



附件四

牙周病統合照護計畫 病歷記錄表 (範本)

姓名:鍾xx

病歷號碼:69xxxx

日期	健保序號	治療部位	處置	醫令	醫師簽章	備註
100/10/01	000X	FM	CC: Treatment for gum disease Dx: FM Chronic periodontitis OHI, Charting, check X-ray (apical/ bitewing/ or pano); Applied for comprehensive periodontal treatment	P4001Cx1 34001CxM 34002CxN	xxx	
100/10/07	AB	FM	OHI : plaque score recording Subgingival scaling and root planing Under UR/UL/LR/LL local anesthesia	P4002Cx1 96001Cx4	xxx	
100/11/11	AB	FM	Charting, plaque score recording, OHI	P4003Cx1	xxx	

備註：

- X光片只要足以辨識bone level 即可，可採用apical, bitewing 或 pano片，apical或 bitewing片可申報費用，pano片不能申報費用。
- 全口root plan視病情需要在1到多次診中完成，P4002C 於完成後申報。