

新冠肺炎 (COVID-19) 流行期間牙科治療同意書



H & N Dental Care
Give You A Reason To Smile

姓名: _____ 日期: _____

治療項目 & 牙齒 #: _____

參與治療的牙科護理成員: _____

名字縮寫

<p>我了解牙科不是一門精確的科學所以無法保證絕對的治療成效。在新冠肺炎 (COVID-19) 流行期間接受牙科治療時, 除了可能導致手術結果不成功外, 還有一定的風險並增加了感染的可能性。我明知風險且願意在新冠肺炎 (COVID-19) 流行期間接受牙科治療。</p>	
<p>本診所已就疾病的預防, 控制和預防措施採納了美國中央疾病管制局 (CDC), 州和當地衛生機構的所有適當建議, 以確保其衛生設施 (目前現有), 個人防護設備 (目前現有) 以及安全協議以減緩新冠病毒 (COVID-19) 的傳播。</p>	
<p>為了將風險降到最低, 我的牙醫要求患者 (我) 提供更多的資訊和治療同意書。</p>	
<p>為了確保其他患者和牙科人員的健康安全, 我確認我沒有出現以下任何新冠肺炎 (COVID-19) 的症狀: 發燒, 呼吸急促, 乾咳或喉嚨痛。</p>	
<p>我確認在過去的14天中, 我沒有出國旅行到受新冠肺炎 (COVID-19) 影響的國家, 且在過去的14天中, 沒有搭乘任何的飛機, 火車或公共汽車去國內旅行。</p>	
<p>我確認自己沒有被診斷出新冠肺炎 (COVID-19) 或與另一個被診斷出或正在等待新冠肺炎 (COVID-19) 測試結果的人密切接觸 (距離少於6英尺)。</p>	
<p>我了解新冠肺炎 (COVID-19) 的潛伏期很長, 所以在此期間, 病毒的攜帶者可能不會出現任何症狀但仍具有高度的傳染性。鑑於目前病毒測試的局限, 我明白我不可能可以確定誰有和誰沒有感染或帶原新冠肺炎 (COVID-19)。</p>	
<p>牙科的治療過程中有可能將有潛在感染的體液經由噴水的傳播途徑而受到感染。這種噴霧可能會在空氣中徘徊不明的時間, 無論是否遵循最高的衛生防護程序, 都有可能導致新冠肺炎 (COVID-19) 不知情的傳播。</p>	
<p>我了解由於其他牙科患者看診的頻率, 病毒的特徵以及牙科治療的性質, 僅單純的身處在牙科診所內就有可能使我感染病毒的風險升高。</p>	
<p>如果我不能如實簽署上述任何聲明, 則我的牙醫強烈建議我與我的主治醫生或公共衛生部門聯繫, 以確保在進行任何牙科治療之前我是否應該接受檢驗我是否有感染病毒。</p>	
<p>我的牙醫有權利聯繫當地和州的衛生部門以舉報任何懷疑患有新冠肺炎 (COVID-19) 的患者。</p>	

病人簽名: _____ 日期: _____