



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 88747, 88762

ที่ รพ. 4๙๙ /2562

วันที่ ๗ มิถุนายน 2562

เรื่อง ขอส่งเอกสาร Inform consent เพื่อนำออกปฏิบัติ

เรียน คณบดี

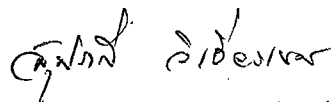
สิ่งที่ส่งมาด้วย

1. เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกขากรรไกรเพื่อแก้ไขการสบฟัน”
(59-RSUR-SD-01)
2. เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการถอนฟันภายใต้ยาชาเฉพาะที่”
(59-RSUR-SD-02LA)
3. เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการถอนฟันภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป”
(59-RSUR-SD-02GA)
4. เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการผ่าฟันคุด/ผ่าตัดฟันฝังภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่”
(59-RSUR-SD-03LA)
5. เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการผ่าฟันคุด/ผ่าตัดฟันฝังภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป”
(59-RSUR-SD-03GA)
6. เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการผ่าตัดตกแต่งกระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อนภายใต้ยาชาเฉพาะที่”
(59-RSUR-SD-04LA)
7. เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการผ่าตัดตกแต่งกระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อนภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป”
(59-RSUR-SD-04GA)
8. เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการผ่าตัดรักษาปากแห้งเพดานโหว่”
(59-RSUR-SD-05)
9. เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยรากฟันเทียม(ส่วนของการผ่าตัด)ภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่”
(59-RSUR-SD-06LA)
10. เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยรากฟันเทียม(ส่วนของการผ่าตัด)ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป”
(59-RSUR-SD-06GA)

11. เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการผ่าตัดเนื้องอกหรือถุงน้ำภายใต้การฉีดยาเฉพาะที่”
(59-RSUR-SD-07LA)
12. เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการผ่าตัดเนื้องอกหรือถุงน้ำภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป”
(59-RSUR-SD-07GA)
13. เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการผ่าตัดเจาะระบายหนองภายใต้ยาเฉพาะที่”
(59-RSUR-SD-08LA)
14. เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการผ่าตัดเจาะระบายหนองภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป”
(59-RSUR-SD-08GA)
15. ใบเซ็นรับทราบข้อตกลง เรื่องการรักษาโรคปริทันต์ ภาควิชาปริทันตวิทยา

ด้วยโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดทำเอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Inform consent) ของงานหัตถการด้านศัลยกรรม (ตามเอกสารแนบลำดับที่ 1-14) โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน คณะกรรมการศัลยกรรมผู้ป่วยในและคณะกรรมการภาควิชาศัลยศาสตร์ และได้นำเสนอต่อรองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล เพื่อนำออกปฏิบัติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว อีกทั้งขอเสนอเอกสารในลำดับที่ 15 คือใบเซ็นรับทราบข้อตกลง เรื่องการรักษาโรคปริทันต์ ภาควิชาปริทันตวิทยา นำออกปฏิบัติใช้เช่นเดียวกัน ซึ่งเอกสารทั้ง 15 ฉบับนี้ใช้ในการบอกกล่าวต่อผู้ป่วยก่อนให้การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลต่างๆ ก่อนลงนามยินยอมรับการรักษาในหัตถการต่างๆ ต่อไป

จึงใคร่ขอเสนอเอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวทั้ง 15 ฉบับนี้เข้าที่ประชุมกรรมการคณะฯ เพื่อโปรดทราบ จักขอบพระคุณยิ่ง



(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุปราณี วิเชียรเนตร)

รองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล



โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง “การรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกขากรรไกรเพื่อแก้ไขการสบฟัน”

เป้าหมายการผ่าตัด

เพื่อแก้ไขความผิดปกติของการสบฟัน ที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของความสัมพันธ์ระหว่างกระดูกขากรรไกรบนและล่าง ที่ไม่สามารถแก้ไขโดยการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องมีการรักษาทางศัลยกรรมภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมด้วย ศัลยแพทย์จะตัดกระดูกขากรรไกรและจัดตำแหน่งใหม่โดยอาศัยการสบฟันเป็นหลัก จากนั้นยึดกระดูกขากรรไกรในตำแหน่งใหม่ด้วยแผ่นตามกระดูกและสกรูยึด โดยแผลผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ภายในช่องปาก ผู้ป่วยจะต้องได้รับการจัดฟันต่อภายหลังการผ่าตัดเพื่อให้การสบฟันสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด

1. ภาวะเสี่ยงของการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เช่น ปอดอักเสบ อากาศเคลื่อนไส้อาเจียน ฯลฯ
2. มีอาการปวดและบวมบริเวณใบหน้าประมาณ 1 – 2 สัปดาห์
3. การรับประทานอาหาร: ในช่วงที่ได้รับการมัดฟันบนและฟันล่างไว้ด้วยกัน ประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ ต้องรับประทานอาหารเหลว

อาหารเหลว

4. หลังผ่าตัดอาจมีสายระบายเลือดจากแผลผ่าตัด ใส่ค้างไว้ประมาณ 1 – 2 วัน
5. ผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจค้างไว้หลังผ่าตัด ซึ่งแพทย์จะพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจนี้ออก

เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ

ความเสี่ยงทั่วไปจากการผ่าตัด และการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

1. ระบบทางเดินหายใจ: อาจเกิดภาวะการกดการหายใจ เนื่องจากยังฟื้นตัวจากการระงับความรู้สึกไม่เต็มที่ หรือมีโอกาสเกิดการติดเชื้อบริเวณปอดได้
2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด: อาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน หรือภาวะเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง (Stroke)
3. ระบบไหลเวียนโลหิต: อาจเกิดก้อนเลือดอุดตันในหลอดเลือดบริเวณต่างๆของร่างกาย
4. อาจมีภาวะแทรกซ้อนที่ควบคุมไม่ได้ มีผลให้เสียชีวิต

ความเสี่ยงจำเพาะจากการผ่าตัด

1. กรณีมีการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด และจำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทน อาจมีผลข้างเคียงจากการได้รับเลือด
2. ระหว่างการผ่าตัดอาจมีการแตกหักของกระดูกที่ไม่เป็นไปตามแผนการรักษา เป็นผลให้ภายหลังการผ่าตัดจำเป็นต้องมีการมัดฟันนานขึ้น การหายของกระดูกอาจใช้เวลานานมากกว่าปกติ หรืออาจเกิดการเชื่อมติดของกระดูกผิดตำแหน่งได้
3. กรณีการผ่าตัดบริเวณกระดูกขากรรไกรบน อาจมีอาการขาบริเวณปีกจมูกและริมฝีปากบน สำหรับการผ่าตัดบริเวณขากรรไกรล่าง อาจมีอาการขาบริเวณริมฝีปากล่างและคาง อาการขาส่วนใหญ่เป็นเพียงชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง แต่บางกรณีอาจเป็นถาวรได้

4. กรณีที่มีการถอยหลังของกระดูกขากรรไกรล่างมาก อาจเกิดการกดทับเส้นประสาทบนใบหน้า ทำให้เกิดอัมพาตของใบหน้าได้
 5. หลังการผ่าตัดบริเวณกระดูกขากรรไกรบน จะมีอาการคัดจมูก อาจมีเลือดออกจากจมูก ผู้ป่วยบางรายอาจมีการมองเห็นที่ผิดปกติ มีการติดเชื้อเฉียบพลันหรือเรื้อรังในบริเวณโพรงอากาศข้างจมูกได้
 6. อาจเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ซึ่งสามารถรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะและการดูแลแผลผ่าตัด
 7. แผ่นตามกระดูกและสกรูที่ยึดกระดูกขากรรไกร อาจเป็นสาเหตุของอาการปวดและการติดเชื้อภายหลัง ในกรณีนี้จำเป็นต้องผ่าตัดเอาแผ่นตามกระดูกและสกรูออก
 8. อาจเกิดการเคลื่อนที่กลับของกระดูกขากรรไกรเข้าสู่ตำแหน่งเดิมในบางส่วน ทำให้การสบฟันเปลี่ยนไป
 9. อาจเกิดการตายของเนื้อเยื่อจากการสูญเสียเลือดที่มาหล่อเลี้ยง มีผลให้ฟันตายและมีความจำเป็นต้องรักษาด้วยการรักษาคอลงรากฟัน หรืออาจสูญเสียฟันได้
 10. กระดูกข้อต่อขากรรไกรอาจอยู่ผิดตำแหน่ง และมีการสบฟันที่ไม่เป็นไปตามแผนการรักษา ทำให้มีอาการปวดบริเวณกระดูกข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยว
 11. กรณีที่มีเลือดออกจากแผลผ่าตัดในช่องปากจำนวนมาก อาจจำเป็นต้องเปิดแผลนอกปากเพื่อห้ามเลือด
 12. กรณีมีการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อน อาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม
- ข้าพเจ้าทราบว่าทันตแพทย์จะทำการรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และหากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น ทันตแพทย์จะให้คำแนะนำและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัย ขั้นตอนการรักษา ความเสี่ยงหรือภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกขากรรไกรเพื่อแก้ไขการสบฟันภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนได้ซักถามข้อสงสัยและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ.....
(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ป่วย ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

พยานฝ่ายผู้ป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว



โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการถอนฟันภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป”

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากทันตแพทย์แล้วว่าฟันซี่.....

- ไม่สามารถบูรณะได้ จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยการถอนฟันภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป
- มีทางเลือกในการรักษาอื่น แต่ข้าพเจ้าเลือกวิธีการรักษาด้วยการถอนฟันภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ผลข้างเคียงและ/ หรือภาวะแทรกซ้อนในการรักษาที่อาจเกิดขึ้นได้

1. ภาวะเสี่ยงของการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เช่น ปอดอักเสบ อากาศคลื่นไส้ อาเจียน ฯลฯ
2. อาการปวดและบวม หรือเลือดซึมจากแผลในระยะแรกหลังการถอนฟัน
3. การติดเชื้อภายหลังการถอนฟัน ทำให้จำเป็นต้องมีการรักษาหรือผ่าตัดเพิ่มเติม
4. การอักเสบของกระดูกขากรรไกร (dry socket) ซึ่งจะให้อาการปวดเป็นอยู่นานกว่าปกติ โดยทั่วไปอาการจะดีขึ้นตามลำดับและสามารถรักษาได้
5. อาการชาบริเวณฟันล่าง ริมฝีปากล่าง และคางหรือลิ้นด้านเดียวกับที่ถอนฟัน ส่วนใหญ่จะเป็นอยู่ชั่วคราว บางรายอาจมีอาการชาถาวร
6. กรณีฟันที่ถอนอยู่ใกล้กับโพรงอากาศข้างจมูก (sinus) อาจเกิดรูทะลุระหว่างปากและโพรงอากาศข้างจมูก อาจมีน้ำมูกและเลือดออกจากจมูกได้ หรือมีเศษรากฟันเข้าไปในโพรงอากาศข้างจมูก จำเป็นต้องมีการผ่าตัดเพิ่มเติม

ข้าพเจ้าทราบว่าทันตแพทย์จะทำการรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และหากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น ทันตแพทย์จะให้คำแนะนำและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัย ขั้นตอนการรักษา ความเสี่ยงหรือภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการถอนฟันภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนได้ซักถามข้อสงสัยและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ.....

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล นิสิตทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ป่วย ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว



โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง “การรักษาด้วยการถอนฟันภายใต้ยาชาเฉพาะที่”

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากทันตแพทย์แล้วว่าฟันซี่.....

- ไม่สามารถบูรณะได้ จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยการถอนฟันภายใต้ยาชาเฉพาะที่
- มีทางเลือกในการรักษาอื่น แต่ข้าพเจ้าเลือกวิธีการรักษาด้วยการถอนฟันภายใต้ยาชาเฉพาะที่

ผลข้างเคียงและ/ หรือภาวะแทรกซ้อนในการรักษาที่อาจเกิดขึ้นได้

1. อาการปวดและบวม หรือเลือดซึมจากแผลในระยะแรกหลังการถอนฟัน
2. การติดเชื้อภายหลังการถอนฟัน ทำให้จำเป็นต้องมีการรักษาหรือผ่าตัดเพิ่มเติม
3. การอักเสบของกระดูกขาฟัน (dry socket) ซึ่งจะให้อาการปวดเป็นอยู่นานกว่าปกติ โดยทั่วไปอาการจะดีขึ้นตามลำดับและสามารถรักษาได้
4. อาการชาบริเวณฟันล่าง ริมฝีปากล่าง และคางหรือลิ้นด้านเดียวกับที่ถอนฟัน ส่วนใหญ่จะเป็นอยู่ชั่วคราว บางรายอาจมีอาการชาถาวร
5. กรณีฟันที่ถอนอยู่ใกล้กับโพรงอากาศข้างจมูก (sinus) อาจเกิดรูทะลุระหว่างปากและโพรงอากาศข้างจมูก อาจมีน้ำมูกและเลือดออกจากจมูกได้ หรือมีเศษรากฟันเข้าไปในโพรงอากาศข้างจมูก จำเป็นต้องมีการผ่าตัดเพิ่มเติม

ข้าพเจ้าทราบว่าทันตแพทย์จะทำการรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และหากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น ทันตแพทย์จะให้คำแนะนำและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัย ขั้นตอนการรักษา ความเสี่ยงหรือภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการถอนฟันภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนได้ซักถามข้อสงสัยและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ.....

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล นิสิตทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ป่วย ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว



โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง

“การรักษาด้วยการผ่าตัดฟันคุด/ผ่าตัดฟันฝังภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป”

ฟันคุด คือฟันที่ไม่สามารถงอกขึ้นได้ตามปกติ อาจโผล่ฟันเหงือกขึ้นมาได้เพียงบางส่วน หรือฝังอยู่ในกระดูกขากรรไกร ทั้งซี่ การมีฟันคุดอาจก่อให้เกิดการอักเสบติดเชื้อบริเวณเหงือกที่คลุมฟันคุด เศษอาหารติดซอกฟันข้างเคียงทำให้ฟันผุ มีอาการปวดบวมหรือติดเชื้อรุนแรงได้ อาจดันฟันซี่ข้างเคียงทำให้รากฟันข้างเคียงละลาย นอกจากนี้ยังอาจเกิดถุงน้ำหรือเนื้องอกได้

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากทันตแพทย์แล้วว่า ข้าพเจ้าจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดฟันคุดบริเวณซี่ จำนวนทั้งหมด ซี่ ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อนในการรักษา ดังนี้

1. ภาวะเสี่ยงของการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เช่น ปอดอักเสบ อากาเรคลื่นไส้อาเจียน ฯลฯ
2. อาการปวดและบวม หรือเลือดซึมจากแผลในระยะแรกหลังผ่าตัด
3. การอักเสบของกระดูกขากรรไกร (dry socket) ซึ่งจะทำให้อาการปวดเป็นอยู่นานกว่าปกติ โดยทั่วไปอาการจะดีขึ้นตามลำดับ และสามารถรักษาได้
4. อาการชาบริเวณฟันล่าง ริมฝีปากล่าง และคางหรือลิ้นด้านเดียวกับที่ผ่าฟันคุด ส่วนใหญ่จะเป็นอยู่ชั่วคราว บางรายอาจมีอาการชาถาวร
5. ปลายรากของฟันคุดหักเป็นชิ้นเล็กและค้างอยู่ในกระดูกขากรรไกร หากทันตแพทย์พิจารณาแล้วว่า มีความเสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทหรืออวัยวะอื่นๆ อาจตัดสินใจไม่นำปลายรากฟันที่ตกค้างนั้นออก ในกรณีดังกล่าวทันตแพทย์จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบภาวะที่เกิดขึ้นก่อนการรักษาต่อไป
6. อาจมีการบาดเจ็บต่อกระดูกและฟันข้างเคียงที่อยู่ติดกับฟันคุด
7. หากฟันคุดบนอยู่ใกล้กับโพรงอากาศข้างจมูก (sinus) อาจเกิดรูทะลุระหว่างปากและโพรงอากาศข้างจมูก อาจมีน้ำมูกหรือเลือดออกจากจมูกได้ หรือมีเศษรากฟันเข้าไปในโพรงอากาศข้างจมูก จำเป็นต้องมีการผ่าตัดเพิ่มเติม

ข้าพเจ้าทราบว่าทันตแพทย์จะทำการรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และหากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น ทันตแพทย์จะให้คำแนะนำและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัย ขั้นตอนการรักษา ความเสี่ยงหรือภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ด้วยการผ่าตัดฟันคุด/ผ่าตัดฟันฝัง ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนได้ซักถามข้อสงสัยและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ.....

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล นิสิตทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ป่วย ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว



โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการผ่าตัดฟันคุด/ผ่าตัดฟันฝังภายใต้การฉีดยาเฉพาะที่”

ฟันคุด คือฟันที่ไม่สามารถงอกขึ้นได้ตามปกติ อาจโผล่ฟันเหงือกขึ้นมาได้เพียงบางส่วน หรือฝังอยู่ในกระดูกขากรรไกร ทั้งซี่ การมีฟันคุดอาจก่อให้เกิดการอักเสบติดเชื้อบริเวณเหงือกที่คลุมฟันคุด เศษอาหารติดซอกฟันข้างเคียงทำให้ฟันผุ มีอาการปวดบวมหรือติดเชื้อรุนแรงได้ อาจดันฟันซี่ข้างเคียงทำให้รากฟันข้างเคียงละลาย นอกจากนี้ยังอาจเกิดถุงน้ำหรือเนื้องอกได้

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากทันตแพทย์แล้วว่า ข้าพเจ้าจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดฟันคุดบริเวณซี่

- จำนวนทั้งหมดซี่ ภายใต้การฉีดยาเฉพาะที่ ซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อนในการรักษา ดังนี้
1. หลังการผ่าตัดฟันคุด จะมีอาการปวดและบวม หรือเลือดซึมจากแผลในระยะแรกหลังการผ่าตัด อาจรับประทานอาหารหรือพูดลำบาก อย่างไรก็ตามยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ
 2. การอักเสบของกระดูกขากรรไกร (dry socket) ซึ่งจะทำให้อาการปวดเป็นอยู่นานกว่าปกติ โดยทั่วไปอาการจะดีขึ้นตามลำดับ และสามารถรักษาได้
 3. อาการชาบริเวณฟันล่าง ริมฝีปากล่าง และคางหรือลิ้นด้านเดียวกับที่ผ่าฟันคุด ส่วนใหญ่จะเป็นอยู่ชั่วคราว บางรายอาจมีอาการชาถาวร
 4. ปลายรากของฟันคุดหักเป็นชิ้นเล็กและค้างอยู่ในกระดูกขากรรไกร หากทันตแพทย์พิจารณาแล้วว่า มีความเสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทหรืออวัยวะอื่นๆ อาจตัดสินใจไม่นำปลายรากฟันที่ตกค้างนั้นออก ในกรณีดังกล่าวทันตแพทย์จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบภาวะที่เกิดขึ้นก่อนการรักษาต่อไป
 5. อาจมีการบาดเจ็บต่อกระดูกและฟันข้างเคียงที่อยู่ติดกับฟันคุด
 6. หากฟันคุดบนอยู่ใกล้กับโพรงอากาศข้างจมูก (sinus) อาจเกิดรูทะลุระหว่างปากและโพรงอากาศข้างจมูก อาจมีน้ำมูกหรือเลือดออกจากจมูกได้ หรือมีเศษรากฟันเข้าไปในโพรงอากาศข้างจมูก จำเป็นต้องมีการผ่าตัดเพิ่มเติม

ข้าพเจ้าทราบว่าทันตแพทย์จะทำการรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และหากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น ทันตแพทย์จะให้คำแนะนำและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัย ขั้นตอนการรักษา ความเสี่ยงหรือภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการผ่าตัดฟันคุด/ผ่าตัดฟันฝัง ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนได้ซักถามข้อสงสัยและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ.....

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล นิสิตทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ป่วย ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว



โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง

“การรักษาด้วยการผ่าตัดตกแต่งกระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อนภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป”

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากทันตแพทย์แล้วว่า จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดตกแต่งกระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อน ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปบริเวณ.....โดยมีวัตถุประสงค์ในการรักษาเพื่อ..... ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงและ/ หรือภาวะแทรกซ้อนในการรักษา ดังนี้

1. ภาวะเสี่ยงของการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เช่น ปอดอักเสบ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ฯลฯ
2. อาการปวดและบวม หรือเลือดซึมจากแผลในระยะแรกหลังการผ่าตัด
3. การติดเชื้อภายหลังการผ่าตัด ทำให้จำเป็นต้องมีการรักษาหรือผ่าตัดเพิ่มเติม
4. อาการชาบริเวณฟันล่าง ริมฝีปากล่าง และคางหรือลิ้นด้านเดียวกับที่ถอนฟัน ส่วนใหญ่จะเป็นอยู่ชั่วคราว บางรายอาจมีอาการชาถาวร
5. การเขียวซ้ำของเนื้อเยื่ออ่อนบริเวณใบหน้าและลำคอ โดยปกติอาการดังกล่าวจะดีขึ้นตามลำดับและสามารถหายได้เอง
6. อาจรับประทานอาหารหรือพูดลำบาก ในบางกรณีอาจต้องดื่มน้ำเย็นหรือดื่มน้ำจืดมากกว่าผลจะหาย

ข้าพเจ้าทราบว่าทันตแพทย์จะทำการรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และหากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น ทันตแพทย์จะให้คำแนะนำและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัย ขั้นตอนการรักษา ความเสี่ยงหรือภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการผ่าตัดตกแต่งกระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อน ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนได้ซักถามข้อสงสัยและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ.....

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล นิสิตทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ป่วย ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว



โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการผ่าตัดตกแต่งกระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อนภายใต้ยาชาเฉพาะที่”

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากทันตแพทย์แล้วว่า จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดตกแต่งกระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อน ภายใต้ยาชาเฉพาะที่บริเวณ.....โดยมีวัตถุประสงค์ในการรักษาเพื่อ..... ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงและ/หรือภาวะแทรกซ้อนในการรักษา ดังนี้

1. อาการปวดและบวม หรือเลือดซึมจากแผลในระยะแรกหลังการผ่าตัด
2. การติดเชื้อภายหลังการผ่าตัด ทำให้จำเป็นต้องมีการรักษาหรือผ่าตัดเพิ่มเติม
3. อาการชาบริเวณฟันล่าง ริมฝีปากล่าง และคางหรือลิ้นด้านเดียวกับที่ผ่าตัด ส่วนใหญ่จะเป็นอยู่ชั่วคราว บางรายอาจมีอาการชาถาวร
4. การเขี้ยวซ้ำของเนื้อเยื่ออ่อนบริเวณใบหน้าและลำคอ โดยปกติอาการดังกล่าวจะดีขึ้นตามลำดับและสามารถหายได้เอง
5. อาจรับประทานอาหารหรือพูดลำบาก ในบางกรณีอาจต้องงดใส่ฟันเทียมชั่วคราวจนกว่าแผลจะหาย

ข้าพเจ้าทราบว่าทันตแพทย์จะทำการรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และหากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น ทันตแพทย์จะให้คำแนะนำและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัย ขั้นตอนการรักษา ความเสี่ยงหรือภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการผ่าตัดตกแต่งกระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อน ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนได้ซักถามข้อสงสัย และเข้าใจข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ.....

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล นิสิตทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ป่วย ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว



โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง “การรักษาด้วยการการผ่าตัดรักษาปากแหว่งเพดานโหว่”

การรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ มีจุดมุ่งหมายเพื่อปิดรอยแยกของริมฝีปากและเพดาน ให้มีความสวยงามและเพื่อให้กล้ำมเนื้อมีการเชื่อมต่อกันสามารถทำงานได้ใกล้เคียงปกติ ช่วงเวลาที่จะผ่าตัดจะต้องเหมาะสมกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของอวัยวะนั้นๆ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของกระดูกขากรรไกรและใบหน้า ดังนี้

การผ่าตัดแก้ไขปากแหว่ง มักจะทำเมื่อทารกอายุ 3 – 4 เดือน หรือมีสุขภาพแข็งแรงพอที่จะเข้ารับการผ่าตัดภายใต้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปได้ **การผ่าตัดปิดเพดานโหว่** จะทำเมื่อเด็กอายุ 12 – 18 เดือน ซึ่งเป็นช่วงที่เด็กจะเริ่มพูดแต่ทั้งนี้ขึ้นกับแนวคิดและประสบการณ์ของศัลยแพทย์ที่รักษา บางรายอาจต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขลิ้นไก่สั้น ซึ่งจะทำเมื่ออายุ 4 – 7 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการผ่าตัดปลูกกระดูกในช่องว่างของสันเหงือกในช่วงอายุ 8 – 13 ปี ก่อนที่ฟันเขี้ยวบนที่อยู่ชิดกับช่องโหว่จะขึ้นมาในช่องปาก

การเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญมาก จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วย ผู้ปกครองต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ผู้ทำการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อให้เกิดผลของการรักษาที่ดี มีผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนทั่วไปที่อาจเกิดขึ้นได้

1. ภาวะเสียงของการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เช่น ปอดอักเสบ อากาการคลื่นไส้อาเจียน ฯลฯ
2. อาการบวม และมีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
3. ภาวะเลือดออกหรือติดเชื้อของแผลผ่าตัด
4. การปริแยกของแผลผ่าตัด
5. ความสวยงามของริมฝีปากและจมูกไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง
6. รอยแผลเป็นที่เด่นชัด
7. อาจต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขเพิ่มเติม หากผลการรักษาไม่เป็นไปตามความคาดหวัง
8. กรณีที่ใช้กระดูกปลูกถ่ายจากสะโพก อาจมีภาวะเดินลำบากชั่วคราวหรือมีอาการชาที่หน้าขา

ข้าพเจ้าทราบว่าทันตแพทย์จะทำการรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และหากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น ทันตแพทย์จะให้คำแนะนำและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัย ขั้นตอนการรักษา ความเสี่ยงหรือภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการผ่าตัดรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนได้ซักถามข้อสงสัยและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ.....

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล นิสิตทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ป่วย ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว



โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว

เรื่อง “การรักษาด้วยรากฟันเทียม (ส่วนของการผ่าตัด)” ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ข้าพเจ้า ได้รับคำอธิบายจากทันตแพทย์แล้วว่า การใส่ฟันเทียมทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป สามารถทำได้หลายวิธีการ ซึ่งมีข้อดีข้อเสียและค่าใช้จ่ายแตกต่างกันไป ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจเลือกวิธีการใส่รากฟันเทียมภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อทดแทนฟันธรรมชาติ ซึ่ง.....

แผนการรักษา:

1. ใช้รากฟันเทียมระบบ.....
2. ในกรณีที่กระดูกรองรับฟันไม่เพียงพอ
 - ต้องผ่าตัดปลูกกระดูกก่อนฝังรากฟันเทียม (ต้องรอกระดูกติดก่อนจึงจะฝังรากฟันเทียม)
 - ต้องปลูกกระดูกในขั้นตอนเดียวกับการผ่าตัดฝังรากฟันเทียม
3. หากเหงือกยึดไม่เพียงพอ อาจต้องมีการปลูกเหงือกเพิ่มเติมในภายหลังฝังรากฟันเทียม

การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดฝังรากฟันเทียม

1. พักผ่อนให้เพียงพอ
2. นำยาประจำตัวที่จำเป็นมาด้วย เช่น ยาพ่นสำหรับอาการหอบ/ หืด ยาขยายหลอดเลือด ยาฉุกเฉิน เป็นต้น
3. ควบคุมภาวะโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

ขั้นตอนในการผ่าตัดฝังรากฟันเทียม

1. ผ่าตัดใส่รากฟันเทียม ใส่ฝาปิดรากฟันเทียม แล้วเย็บแผล (กำหนดตัดไหม 7-14 วัน)
2. นัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามผลการรักษาเป็นระยะตามความเหมาะสม ในช่วงเวลาประมาณ 4-6 เดือน จนกระทั่งรากฟันเทียมติดแน่นดี จึงส่งต่อผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์ใส่ฟัน เพื่อนัดหมายพิมพ์ปากเตรียมฟันปลอมหรือครอบฟันที่ใส่บนรากฟันเทียม

ระยะเวลาที่ใช้โดยประมาณ.....

อาการที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดฝังรากฟันเทียม

หลังการผ่าตัดฝังรากฟันเทียม อาจมีภาวะเสี่ยงของการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เช่น ปอดอักเสบ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจมีอาการปวดและบวม หรือเลือดซึมจากแผลในระยะแรก อย่างไรก็ตามสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายมากเกินไป

ความเสี่ยง/ ภาวะแทรกซ้อน

1. กระดูกไม่ยึดเกาะกับรากฟันเทียม อาจต้องนำรากฟันเทียมออก แล้วอาจพิจารณาฝังใหม่
2. ภาวะติดเชื้อ ต้องมีการรักษาเพิ่มเติมตามความเหมาะสมในแต่ละราย
3. กระดูกที่ปลูกไม่ติด หรือ ไม่เพียงพอต่อความสำเร็จในระยะยาว ทำให้ต้องปลูกกระดูกเพิ่ม
4. อื่นๆ

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการผ่าตัดฝังรากฟันเทียมในระยะยาว

1. ความสะอาดของฟันและเหงือกครอบรากฟันเทียม
2. การสูบบุหรี่
3. โรคประจำตัวที่ส่งผลต่อกระดูก เช่น ภาวะกระดูกพรุน โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น
4. ยาบางชนิดที่ส่งผลต่อกระดูก เช่น ยาต้านการละลายของกระดูก เป็นต้น

การดูแลรักษาปากฟันเทียม

1. รากฟันเทียมต้องได้รับการดูแลเหมือนกับฟันธรรมชาติ โดยการแปรงฟันให้ถูกวิธี และใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำทุกวัน การมีเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์สะสมรอบรากฟันเทียมก่อให้เกิดความล้มเหลวของรากฟันเทียมได้
2. ระวังการรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีความแข็งหรือเหนียวมาก เนื่องจากอาจทำให้เกิดการหลุดหรือการแตกหักของครอบฟันและส่วนประกอบของรากฟันเทียม
3. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากเป็นประจำทุก 6 เดือน โดยทันตแพทย์ที่ทำการรักษาให้ทราบว่ามียากฟันเทียมบริเวณใด เพื่อให้ทันตแพทย์สามารถให้การดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม
4. มารับการตรวจติดตามผลการรักษาด้วยรากฟันเทียมอย่างสม่ำเสมอตามนัด

ค่ารักษาโดยประมาณ

1. ค่าตัดฝังรากฟันเทียมรวมค่ารากฟันเทียม.....บาท (ไม่รวมค่ายา)
 2. ค่าเอกซเรย์ ก่อนผ่าตัด.....บาท หลังผ่าตัด.....บาท ช่วงติดตามผลการรักษา.....บาท
 3. ปลุกกระดูก (กรณีกระดูกไม่เพียงพอ).....บาท
 4. ปลุกเหงือก (กรณีเหงือกไม่เพียงพอ).....บาท
 5. ค่าอุปกรณ์พิเศษ (ระบุชนิด).....บาท
- รวมค่าใช้จ่ายในส่วนของการผ่าตัดโดยประมาณ.....บาท
6. ใส่ฟันปลอมหรือครอบฟัน (ค่าใช้จ่าย ตามที่ทันตแพทย์ใส่ฟันได้แจ้งผู้ป่วยไว้)

ข้าพเจ้าทราบว่าทันตแพทย์จะทำการรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และหากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น ทันตแพทย์จะให้คำแนะนำและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัย ขั้นตอนการรักษา ความเสี่ยงหรือภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ด้วยการด้วยรากฟันเทียม (ส่วนของการผ่าตัด) ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนได้ซักถามข้อสงสัยและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ.....
(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ป่วย ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

พยานฝ่ายผู้ป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว



โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว

เรื่อง “การรักษาด้วยรากฟันเทียม (ส่วนของการผ่าตัด)” ภายใต้การฉีดยาเฉพาะที่

ข้าพเจ้า ได้รับคำอธิบายจากทันตแพทย์แล้วว่า การใส่ฟันเทียมทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป สามารถทำได้หลายวิธีการ ซึ่งมีข้อดีข้อเสียและค่าใช้จ่ายแตกต่างกันไป ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจเลือกวิธีการใส่รากฟันเทียมภายใต้การฉีดยาเฉพาะที่เพื่อทดแทนฟันธรรมชาติ ซี่.....

แผนการรักษา:

1. ใช้รากฟันเทียมระบบ.....
2. ในกรณีที่กระดูกรองรับฟันไม่เพียงพอ
 - ต้องผ่าตัดปลูกกระดูกก่อนฝังรากฟันเทียม (ต้องรอกระดูกติดก่อนจึงจะฝังรากฟันเทียม)
 - ต้องปลูกกระดูกในขั้นตอนเดียวกับการผ่าตัดฝังรากฟันเทียม
3. หากเหงือกยึดไม่เพียงพอ อาจต้องมีการปลูกเหงือกเพิ่มเติมในภายหลังฝังรากฟันเทียม

การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษา

1. พักผ่อนให้เพียงพอ
2. นำยาประจำตัวที่จำเป็นมาด้วย เช่น ยาพ่นสำหรับอาการหอบ/ หืด ยาขยายหลอดเลือด ยาฉุกเงิน เป็นต้น
3. ควบคุมภาวะโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

ขั้นตอนในการผ่าตัดฝังรากฟันเทียม

1. ฉีดยาชา ผ่าตัดใส่รากฟันเทียม ใส่ฝาปิดรากฟันเทียม แล้วเย็บแผล (กำหนดตัดไหม 7-14 วัน)
2. นัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามผลการรักษาเป็นระยะตามความเหมาะสม ในช่วงเวลาประมาณ 4-6 เดือน จนกระทั่งรากฟันเทียมติดแน่นดี จึงส่งต่อผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์ใส่ฟัน เพื่อนัดหมายพิมพ์ปากเตรียมฟันปลอมหรือครอบฟันที่ใส่บนรากฟันเทียม

ระยะเวลาที่ใช้โดยประมาณ.....

อาการที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดฝังรากฟันเทียม

หลังการผ่าตัดฝังรากฟันเทียม อาจมีอาการปวดและบวม หรือเลือดซึมจากแผลในระยะแรก อย่างไรก็ตามสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายมากเกินไป

ความเสี่ยง/ ภาวะแทรกซ้อน

1. กระดูกไม่ยึดเกาะกับรากฟันเทียม อาจต้องนำรากฟันเทียมออก แล้วอาจพิจารณาฝังใหม่
2. ภาวะติดเชื้อ ต้องมีการรักษาเพิ่มเติมตามความเหมาะสมในแต่ละราย
3. กระดูกที่ปลูกไม่ติด หรือ ไม่เพียงพอต่อความสำเร็จในระยะยาว ทำให้ต้องปลูกกระดูกเพิ่ม
4. อื่นๆ

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการผ่าตัดฝังรากฟันเทียมในระยะยาว

1. ความสะอาดของฟันและเหงือกครอบรากฟันเทียม
2. การสูบบุหรี่
3. โรคประจำตัวที่ส่งผลต่อกระดูก เช่น ภาวะกระดูกพรุน โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น
4. ยาบางชนิดที่ส่งผลต่อกระดูก เช่น ยาต้านการละลายของกระดูก เป็นต้น

การดูแลรักษาปากฟันเทียม

1. รากฟันเทียมต้องได้รับการดูแลเหมือนกับฟันธรรมชาติ โดยการแปรงฟันให้ถูกวิธี และใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำทุกวัน การมีเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์สะสมรอบรากฟันเทียมก่อให้เกิดความล้มเหลวของรากฟันเทียมได้
2. ระวังการรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีความแข็งหรือเหนียวมาก เนื่องจากอาจทำให้เกิดการหลุดหรือการแตกหักของครอบฟันและส่วนประกอบของรากฟันเทียม
3. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากเป็นประจำทุก 6 เดือน โดยทันตแพทย์ที่ทำการรักษาให้ทราบว่ามีการรักษาให้ทราบว่ามีรากฟันเทียมบริเวณใด เพื่อให้ทันตแพทย์สามารถให้การดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม
4. มารับการตรวจติดตามผลการรักษาด้วยรากฟันเทียมอย่างสม่ำเสมอตามนัด

ค่ารักษาโดยประมาณ

1. ค่าตัดฝังรากฟันเทียมรวมค่ารากฟันเทียม.....บาท (ไม่รวมค่ายา)
 2. ค่าเอกซเรย์ ก่อนผ่าตัด.....บาท หลังผ่าตัด.....บาท ช่วงติดตามผลการรักษา.....บาท
 3. ปลุกกระดูก (กรณีกระดูกไม่เพียงพอ).....บาท
 4. ปลุกเหงือก (กรณีเหงือกไม่เพียงพอ).....บาท
 5. ค่าอุปกรณ์พิเศษ (ระบุชนิด).....บาท
- รวมค่าใช้จ่ายในส่วนของการผ่าตัดโดยประมาณ.....บาท
6. ใส่ฟันปลอมหรือครอบฟัน (ค่าใช้จ่าย ตามที่ทันตแพทย์ใส่ฟันได้แจ้งผู้ป่วยไว้)

ข้าพเจ้าทราบว่าทันตแพทย์จะทำการรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และหากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น ทันตแพทย์จะให้คำแนะนำและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัย ขั้นตอนการรักษา ความเสี่ยงหรือภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ด้วยการด้วยรากฟันเทียม (ส่วนของการผ่าตัด) ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนได้ซักถามข้อสงสัยและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ.....
(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ป่วย ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

พยานฝ่ายผู้ป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว



โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการผ่าตัดเนื้ออกหรือถุงน้ำภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป”

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากทันตแพทย์แล้วว่า จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเนื้ออกหรือถุงน้ำภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปบริเวณ โดยมีวัตถุประสงค์ในการรักษาเพื่อ..... ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงและ/ หรือภาวะแทรกซ้อนในการรักษา ดังนี้

1. ภาวะเสี่ยงของการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เช่น ปอดอักเสบ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ฯลฯ
2. อาการปวดและบวม หรือเลือดซึมจากแผลในระยะแรกหลังการผ่าตัด
3. การติดเชื้อภายหลังการผ่าตัด ทำให้จำเป็นต้องมีการรักษาหรือผ่าตัดเพิ่มเติม
4. อาการชาบริเวณฟันล่าง ริมฝีปากล่าง และคางหรือลิ้นด้านเดียวกับที่ได้รับการผ่าตัด ส่วนใหญ่จะเป็นอยู่ชั่วคราว บางรายอาจมีอาการชาถาวร
5. การเขียวซ้ำของเนื้อเยื่ออ่อนบริเวณใบหน้าและลำคอ โดยปกติอาการดังกล่าวจะดีขึ้นตามลำดับและสามารถหายได้เอง
6. กรณีที่ต้องตัดกระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อนออกเป็นบริเวณกว้าง อาจมีรูปร่างใบหน้าเปลี่ยนแปลงไป
7. อาจต้องมีการผ่าตัดเพิ่มเติม ซึ่งทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาได้อธิบายให้ทราบแล้ว
8. อาจมีการกลับมาเป็นซ้ำของเนื้ออกหรือถุงน้ำ จำเป็นต้องกลับมาตรวจติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง
9. อาจมีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและฟันข้างเคียงบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด

ข้าพเจ้าทราบว่าทันตแพทย์จะทำการรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และหากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น ทันตแพทย์จะให้คำแนะนำและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัย ขั้นตอนการรักษา ความเสี่ยงหรือภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการผ่าตัดตกแต่งกระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อน ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนได้ซักถามข้อสงสัยและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ.....

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล นิสิตทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ป่วย ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว



โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการผ่าตัดเนื้องอกหรือถุงน้ำภายใต้อาขาเฉพาะที่”

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากทันตแพทย์แล้วว่า จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเนื้องอกหรือถุงน้ำภายใต้อาขาเฉพาะที่บริเวณ โดยมีวัตถุประสงค์ในการรักษาเพื่อ..... ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงและ/ หรือภาวะแทรกซ้อนในการรักษา ดังนี้

1. อาการปวดและบวม หรือเลือดซึมจากแผลในระยะแรกหลังการผ่าตัด
2. การติดเชื้อภายหลังการผ่าตัด ทำให้จำเป็นต้องมีการรักษาหรือผ่าตัดเพิ่มเติม
3. อาการชาบริเวณฟันล่าง ริมฝีปากล่าง และคางหรือลิ้นด้านเดียวกับที่ได้รับการผ่าตัด ส่วนใหญ่จะเป็นอยู่ชั่วคราว บางรายอาจมีอาการชาถาวร
4. การเขียวซ้ำของเนื้อเยื่ออ่อนบริเวณใบหน้าและลำคอ โดยปกติอาการดังกล่าวจะดีขึ้นตามลำดับและสามารถหายได้เอง
5. กรณีที่ต้องตัดกระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อนออกเป็นบริเวณกว้าง อาจมีรูปร่างใบหน้าเปลี่ยนแปลงไป
6. อาจต้องมีการผ่าตัดเพิ่มเติม ซึ่งทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาได้อธิบายให้ทราบแล้ว
7. อาจมีการกลับมาเป็นซ้ำของเนื้องอกหรือถุงน้ำ จำเป็นต้องกลับมาตรวจติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง
8. อาจมีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและฟันข้างเคียงบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด

ข้าพเจ้าทราบว่าทันตแพทย์จะทำการรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และหากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น ทันตแพทย์จะให้คำแนะนำและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัย ขั้นตอนการรักษา ความเสี่ยงหรือภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการผ่าตัดตกแต่งกระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อน ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนได้ซักถามข้อสงสัยและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล นิสิตทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ป่วย ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

พยานฝ่ายผู้ป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว



โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง

“การรักษาด้วยการผ่าตัดเจาะระบายหนองภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป”

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากทันตแพทย์แล้วว่า จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเจาะระบายหนองภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปบริเวณ โดยมีวัตถุประสงค์ในการรักษาเพื่อ..... ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงและ/หรือภาวะแทรกซ้อนในการรักษา ดังนี้

1. ภาวะเสี่ยงของการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เช่น ปอดอักเสบ อากาศเคลื่อนใส่อาเจียน ฯลฯ
2. อาการปวดและบวม หรือเลือดซึมจากแผลในระยะแรกหลังการผ่าตัด
3. การขยายบริเวณของการติดเชื้อ ทำให้จำเป็นต้องมีการรักษาหรือผ่าตัดเพิ่มเติม
4. อาจมีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ หรือมีอาการชาบริเวณฟัน ริมฝีปาก และผิวหนังบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด
5. การเขียวซ้ำของเนื้อเยื่ออ่อนบริเวณใบหน้าและลำคอ โดยปกติอาการดังกล่าวจะดีขึ้นตามลำดับ และสามารถหายได้เอง

ข้าพเจ้าทราบว่าทันตแพทย์จะทำการรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และหากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น ทันตแพทย์จะให้คำแนะนำและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัย ขั้นตอนการรักษา ความเสี่ยงหรือภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการผ่าตัดตกแต่งกระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อน ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนได้ซักถามข้อสงสัยและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล นิสิตทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ป่วย ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

พยานฝ่ายผู้ป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว



โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เอกสารความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเรื่อง
“การรักษาด้วยการผ่าตัดเจาะระบายหนองภายใต้ยาชาเฉพาะที่”

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากทันตแพทย์แล้วว่า จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเจาะระบายหนองภายใต้ยาชาเฉพาะที่บริเวณโดยมีวัตถุประสงค์ในการรักษาเพื่อ.....
 ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงและ/ หรือภาวะแทรกซ้อนในการรักษา ดังนี้

1. อาการปวดและบวม หรือเลือดซึมจากแผลในระยะแรกหลังการผ่าตัด
2. การขยายบริเวณของการติดเชื้อ ทำให้จำเป็นต้องมีการรักษาหรือผ่าตัดเพิ่มเติม
3. อาจมีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ หรือมีอาการชาบริเวณฟัน ริมฝีปาก และผิวหนังบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด
4. การเขียวซ้ำของเนื้อเยื่ออ่อนบริเวณใบหน้าและลำคอ โดยปกติอาการดังกล่าวจะดีขึ้นตามลำดับ และสามารถหายได้เอง

ข้าพเจ้าทราบว่าทันตแพทย์จะทำการรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และหากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น ทันตแพทย์จะให้คำแนะนำและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัย ขั้นตอนการรักษา ความเสี่ยงหรือภาวะที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการผ่าตัดตกแต่งกระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อน ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนได้ซักถามข้อสงสัยและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวแล้ว และตัดสินใจยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ.....
 (.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล นิสิตทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
 (.....)

ผู้ป่วย ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
 (.....)

พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
 (.....)

พยานฝ่ายผู้ป่วย
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว

ใบเซ็นรับทราบข้อตกลง เรื่องการรักษาโรคปริทันต์
ภาควิชาปริทันตวิทยา

ส่วนนี้ให้ทับกับใบเดิม

เพื่อให้การนัดหมายและรักษาโรคปริทันต์เป็นไปอย่างราบรื่น ภาควิชาฯ ขอแจ้งข้อตกลงเบื้องต้นระหว่างผู้ป่วยและนิสิตทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา ดังนี้

1. เนื่องจากการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอน การรักษาจึงต้องใช้ชั้นตอนและเวลามากกว่าคลินิกหรือโรงพยาบาล ภายนอกที่ให้การรักษาโดยทันตแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามการรักษากระทำภายใต้การควบคุมของอาจารย์ทันตแพทย์ ซึ่งท่านจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ
2. เมื่อท่านได้รับการนัดหมายจากนิสิตทันตแพทย์แล้ว และมีความจำเป็นต้องเลื่อนนัด กรุณาแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน ถ้าท่านไม่มาตามนัดโดยไม่แจ้งติดต่อกัน 2 ครั้ง จะถือว่าท่านสละสิทธิ์การรักษา และภาควิชาขอยกเลิกคิวของท่าน
3. กรณีที่ท่านต้องการยกเลิกการรักษาไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม ขอความกรุณาแจ้งนิสิตทันตแพทย์ที่ท่านรักษาอยู่ และเซ็นชื่อรับรอง เพื่อยืนยันความต้องการของท่านด้วย

หากมีข้อเสนอ หรือมีข้อแนะนำเพื่อการแก้ไขปรับปรุง กรุณาเขียนใส่กล่องรับคำแนะนำได้ที่หน้าเคาน์เตอร์พยาบาลชั้น 2 จักเป็นพระคุณยิ่ง

ลายเซ็นผู้ป่วย

ลายเซ็นนิสิตผู้รักษา

ลายเซ็นอาจารย์

----- จักตามรอยประ -----

ใบเซ็นรับทราบข้อตกลง เรื่องการรักษาโรคปริทันต์
ภาควิชาปริทันตวิทยา

ส่วนนี้ให้ทับกับใบผู้ป่วย

เพื่อให้การนัดหมายและรักษาโรคปริทันต์เป็นไปอย่างราบรื่น ภาควิชาฯ ขอแจ้งข้อตกลงเบื้องต้นระหว่างผู้ป่วยและนิสิตทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา ดังนี้

1. เนื่องจากการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอน การรักษาจึงต้องใช้ชั้นตอนและเวลามากกว่าคลินิกหรือโรงพยาบาล ภายนอกที่ให้การรักษาโดยทันตแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามการรักษากระทำภายใต้การควบคุมของอาจารย์ทันตแพทย์ ซึ่งท่านจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ
2. เมื่อท่านได้รับการนัดหมายจากนิสิตทันตแพทย์แล้ว และมีความจำเป็นต้องเลื่อนนัด กรุณาแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน ถ้าท่านไม่มาตามนัดโดยไม่แจ้งติดต่อกัน 2 ครั้ง จะถือว่าท่านสละสิทธิ์การรักษา และภาควิชาขอยกเลิกคิวของท่าน
3. กรณีที่ท่านต้องการยกเลิกการรักษาไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม ขอความกรุณาแจ้งนิสิตทันตแพทย์ที่ท่านรักษาอยู่ และเซ็นชื่อรับรอง เพื่อยืนยันความต้องการของท่านด้วย

หากมีข้อเสนอ หรือมีข้อแนะนำเพื่อการแก้ไขปรับปรุง กรุณาเขียนใส่กล่องรับคำแนะนำได้ที่หน้าเคาน์เตอร์พยาบาลชั้น 2 จักเป็นพระคุณยิ่ง

ลายเซ็นผู้ป่วย

ลายเซ็นนิสิตผู้รักษา

ลายเซ็นอาจารย์

นิสิตผู้ให้การรักษา..... ชั้นปี..... เบอร์โทรศัพท์ 02-218-8511-5 ภาควิชาปริทันตวิทยา