



โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารยินยอมรับการรักษามะเร็งปาก

ข้าพเจ้า.....อายุ..... ปี HN.....

ก. สภาวะแวดล้อมและเหตุการณ์

ทันตแพทย์ได้อธิบายว่าข้าพเจ้าจำเป็นต้องรับการรักษามะเร็งปากตัดฟันคุด ซี่ #จำนวน.....ซี่ เนื่องจากฟันคุด เป็นฟันไม่สามารถขึ้นมาในตำแหน่งปกติหรือขึ้นมาทำหน้าที่ในช่องปากได้

ข. ความเสี่ยงสำคัญของการทำหัตถการนี้

1. อาจมีการอักเสบของกระดูกขากรรไกร (dry socket) ซึ่งจะทำให้เกิดอาการปวดนานกว่าปกติ แต่โดยทั่วไปอาการจะดีขึ้นและสามารถรักษาได้

2. มีการบาดเจ็บของเส้นประสาทที่มาเลี้ยงฟัน และรับรู้ความรู้สึกบริเวณฟันล่าง ริมฝีปากล่าง และคางของข้างนั้น ดังนั้นการบาดเจ็บของเส้นประสาทอาจทำให้มีอาการชา บริเวณฟันล่าง ริมฝีปากล่าง และคาง ซึ่งจะเป็นอยู่ชั่วคราว (6-12 เดือน) อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นหรือถาวร

3. มีอันตรายต่อเส้นประสาทรับความรู้สึก และรับรสของลิ้น (lingual nerve) ข้างนั้น ๆ เส้นประสาทนี้ผ่านใกล้ต่อลิ้นด้านข้างของฟันคุดล่าง มีโอกาสที่จะเกิดการบาดเจ็บจากยาชา หรือการผ่าตัด ทำให้เกิดอาการชาและสูญเสียการรับรส ซึ่งจะเป็นอยู่ชั่วคราว (6-12 เดือน) อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นหรือถาวร

4. ปลายรากของฟันคุดอาจแตกออกเป็นชิ้นเล็ก (น้อยกว่า 1 มม.) ทันตแพทย์อาจตัดสินใจไม่เอาออก หากพิจารณาว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท หรืออวัยวะอื่น ๆ ทั้งนี้ทันตแพทย์จะแจ้งผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดเสมอ

5. อาจมีการบาดเจ็บต่อกระดูกและฟันข้างเคียงที่อยู่ติดกับฟันคุด

6. หากฟันคุดบนใกล้กับโพรงอากาศข้างจมูก (sinus) อาจมีโอกาที่จะเกิดรูทะลุระหว่างปากและโพรงอากาศ หรืออาจมีเศษรากฟันเข้าไปในโพรงอากาศข้างจมูก และจำเป็นต้องมีการผ่าตัดเพิ่มเติม

ข้าพเจ้า.....ได้รับทราบข้อมูลจากทันตแพทย์.....

ในการผ่าตัด รวมถึงซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจกับทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาตลอดจนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการผ่าตัดเป็นที่เรียบร้อยแล้ว หากเกิดความเสี่ยงดังกล่าว ท่านจะได้รับการรักษาทันที

จากคำกล่าวข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเพียงพอและตกลงยินยอมที่จะรับการรักษา

ลงชื่อ

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

วันที่เวลา

หมายเหตุ 1. กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาเพียงคนเดียว กรุณาลงบันทึก “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ในช่องลงนามพยาน และเซ็นชื่อกำกับ

2. กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติ (อายุต่ำกว่า 18 ปี) ผู้ปกครองเซ็นชื่อในช่อง ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย