



เอกสารยินยอมรับการบูรณะฟันเฉพาะกาล
กรณีมีข้อบ่งชี้ต้องทำครอบฟัน (Intermediate Restoration)
โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี HN
ได้ตัดสินใจเข้ารับการบูรณะฟันเฉพาะกาลด้วยวัสดุทางทันตกรรมระหว่างรอทำครอบฟัน ซึ่ง
จำนวนซึ่ง โดยข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลทางทันตกรรม และแผนการรักษา ดังนี้

1. ข้อเท็จจริงเพื่อพิจารณา

การบูรณะฟันเฉพาะกาลก่อนการทำครอบฟัน เป็นการบูรณะฟันแบบชั่วคราว แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

- 1.1 การอุดฟันเฉพาะกาล ระหว่างรอรักษาคลองรากฟันและ/หรือหลังการรักษาคลองรากฟัน
- 1.2 กรณีที่มีการสูญเสียเนื้อฟันจากการแตกหักของฟันจนไม่สามารถอุดฟันได้ กรณีมีข้อบ่งชี้

ต้องทำครอบฟัน

- 1.3 การทำครอบฟันชั่วคราว

2. ประโยชน์ของการรักษา

- 2.1 ทำให้ฟันสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ
- 2.2 เพื่อป้องกันการสูญเสียเนื้อฟันเพิ่มขึ้น
- 2.3 เพื่อเป็นการดูอาการของฟันซี่นั้นให้แน่ชัดก่อนการบูรณะฟันด้วยครอบฟันถาวร

3. ความเสี่ยงของการรักษา

3.1 กรณีเป็นการอุดฟันเฉพาะกาล อาจมีการแตกหักของวัสดุอุดฟันชั่วคราว หรือเนื้อฟันส่วนที่เหลืออยู่ได้จากการเคี้ยวอาหารแข็ง เหนียว หรือจากพฤติกรรมกรอนกัดฟันจนนำไปสู่การผ่าตัดเหงือก เพื่อเพิ่มความยาวตัวฟันหรือกรณีมีการแตกหักจนสูญเสียเนื้อฟันมาก รากฟันหักจนไม่สามารถทำครอบฟันต่อได้ กรณีนี้จำเป็นต้องถอนฟัน ซึ่งขึ้นกับดุลยพินิจของทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

3.2 กรณีเป็นการทำครอบฟันชั่วคราว มีโอกาสที่ครอบฟันชั่วคราวจะแตกหักได้จากการบดเคี้ยว

3.3 ในการกรอฟันเพื่อเตรียมฟันเพื่อบูรณะฟันเฉพาะกาล อาจมีการใช้ยาชาาร่วมด้วย บางครั้งอาจมีอาการบวมรู้สึกเจ็บกล้ามเนื้อบดเคี้ยว หรือมีอาการชาของริมฝีปาก ฟัน ขากรรไกรและ/หรือเนื้อเยื่อในช่องปาก ซึ่งปกติแล้วจะเกิดชั่วคราว โดยส่วนน้อยที่จะเกิดอาการบวม

3.4 ความรู้สึกเสียวฟัน เนื่องจากมีการกรอเพื่อเตรียมฟัน จึงอาจมีรู้สึกเสียวฟันในระดับ น้อยถึงรุนแรงอาจมีช่วงระยะเวลาสั้น ๆ หรืออาจยาวนานกว่านั้น หากเป็นต่อเนื่องกรุณาแจ้งให้ทันตแพทย์ทราบ เพื่อตรวจหาสาเหตุของอาการ และพยายามหาวิธีรักษาสภาวะนั้น

4. ผลที่เกิดขึ้นถ้าไม่รักษา

มีการสูญเสียเนื้อฟันส่วนที่เหลืออยู่เพิ่มเติมมีอาการเสียวฟัน มีการรื้อซึมของแบคทีเรียในช่องปากสู่คลองรากฟัน ซึ่งอาจนำไปสู่การรักษาคลองรากฟันใหม่ การผ่าตัดเหงือกเพื่อเพิ่มความยาวตัวฟัน หรือการถอนฟันได้

5. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

อิงตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับปรับปรุงล่าสุด

6. การตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบูรณะฟันเฉพาะกาล และได้สอบถามทันตแพทย์ถึงทางเลือก และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องแล้ว

ข้าพเจ้าได้ซักถามและได้รับคำตอบเกี่ยวกับขั้นตอน ความเสี่ยง ประโยชน์และค่าใช้จ่ายเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทำการบูรณะฟันเฉพาะกาล และยอมรับความเสี่ยงต่าง ๆ และค่าใช้จ่ายดังที่กล่าวมา และยินยอมให้ทันตแพทย์เอกซเรย์ฟันตามความจำเป็นตลอดการบูรณะฟันเฉพาะกาล

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ทำการบูรณะฟันเฉพาะกาลทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูล และยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษา

ลงชื่อ

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

วันที่เวลา

- หมายเหตุ 1. กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาเพียงคนเดียว กรุณาลงบันทึก “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ในช่องลงนามพยานและเซ็นชื่อกำกับ
2. กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติ (อายุต่ำกว่า 20 ปี) ผู้ปกครองเซ็นชื่อในช่อง ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย