



**เอกสารยินยอมรับการรักษากรณีผ่าตัดขึ้นเนื้อ เพื่อตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา
โรงพยาบาลทันตกรรม**

ข้าพเจ้า อายุ ปี HN
 คำวินิจฉัยเบื้องต้น วิธีการรักษา
 วันที่ เวลา น. ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ก. สภาวะแวดล้อมและหัตถการ

ทันตแพทย์ได้อธิบายว่า ข้าพเจ้าจำเป็นต้องรับการผ่าตัดขึ้นเนื้อ เพื่อการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยหลังผ่าตัดขึ้นเนื้อ ทันตแพทย์ได้แจ้งว่า อาจมีอาการบวม ปวด หรือมีเลือดออกเล็กน้อยบริเวณที่ทำหัตถการ ซึ่งทันตแพทย์ผู้รักษาจะทำการจ่ายยาแก้ปวด และเย็บเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก หากมีอาการข้างต้นสามารถระงับอาการปวดด้วยการทานยาแก้ปวด และกรณีบริเวณที่ทำหัตถการมีเลือดออก โดยทั่วไปสามารถหยุดเลือดได้โดยการใช้ผ้าก๊อชกดไว้ชั่วคราว บริเวณแผลที่ได้รับการเย็บ

ข. ความเสี่ยงสำคัญของการทำหัตถการนี้

อาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ได้แก่ อาการเลือดออกผิดปกติ เจ็บปวดมาก มีอาการชานานผิดปกติ หรือบวม ทำให้จำเป็นต้องกลับมาทำการรักษาอาการแทรกซ้อน

ค. ค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการ

ข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการผ่าตัดขึ้นเนื้อและค่าตรวจชิ้นเนื้อรวมทั้งสิ้นเป็นราคา บาท (ตัวอักษร) บาท โดยอิงตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ ฉบับปรับปรุงล่าสุด

ง. การรับทราบข้อมูลของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังนี้ ทันตแพทย์ได้อธิบายสภาวะทางร่างกายของข้าพเจ้า และจุดประสงค์ของการทำหัตถการ ค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการ ความเสี่ยงของการทำหัตถการ และผลที่อาจเกิดขึ้น ทางเลือกของการรักษา การพยากรณ์โรค และความเสียหายหากไม่ทำหัตถการ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลผู้ป่วยในเรื่องการระงับความรู้สึก ข้าพเจ้าสามารถที่จะถามคำถามเกี่ยวกับสภาวะของข้าพเจ้า การทำหัตถการ ความเสี่ยง และทางเลือกของการรักษา และได้รับการตอบคำถามจนเป็นที่พอใจ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหัตถการนี้ หากเกิดภาวะฉุกเฉินขณะทำหัตถการ จะได้รับการรักษาทันที ข้าพเจ้าเข้าใจว่าไม่อาจรับประกันได้ว่า การทำหัตถการนี้จะทำให้อาการของโรคดีขึ้นแน่นอน

จากคำกล่าวข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเพียงพอและตกลงยินยอมที่จะรับการรักษา

ลงชื่อ
 (.....)
 ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ
 (.....)
 ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย
 ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ
 (.....)
 พยาน

ลงชื่อ
 (.....)
 พยาน

วันที่ เวลา

หมายเหตุ 1. กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาเพียงคนเดียว กรุณาลงบันทึก “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ในช่องลงนามพยานและเซ็นชื่อกำกับ
 2. กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี บริบูรณ์ ผู้ปกครองเซ็นชื่อในช่อง ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย