



เอกสารยินยอมรับการรักษารักษาการผ่าตัดปากแหว่ง-เพดานโหว่ โรงพยาบาลทันตกรรม

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี HN.WARD.....

เตรียมทำ..... วันที่

ข้าพเจ้า..... ยินยอมให้ทันตแพทย์/แพทย์
และคณะทำการรักษาและ/หรือผ่าตัดเพื่อแก้ไขปัญหาของข้าพเจ้า หรือผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าด้วยวิธีดังต่อไปนี้

ซึ่งสามารถอธิบายเป็นภาษาง่าย ๆ ได้ดังนี้

1. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากคณะทันตแพทย์/แพทย์ ถึงข้อดีข้อเสียรวมทั้งขั้นตอนของวิธีการรักษาดังกล่าวอย่างละเอียด ทั้งยังได้รับแจ้งให้ทราบถึงวิธีการรักษาอื่น ๆ ที่อาจใช้แก้ปัญหานี้ได้ เพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจด้วยตัวข้าพเจ้าเองทั้งนี้ ข้าพเจ้ารู้ว่าข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้น

2. ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้วิธีนี้

2.1 ความเสี่ยงจากการแพ้ยา หรือสารต่าง ๆ ที่ใช้ในการผ่าตัด เช่น แพ้ยาชาฆ่าเชื้อโรค, ยาแก้ปวด

2.2 ความเสี่ยงจากการใช้ยาระงับความรู้สึก เช่น แพ้ยาระงับความรู้สึก

2.3 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น

2.3.1 ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด ซึ่งอาจอุดกั้นทางเดินหายใจ มีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจอีกครั้ง และนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อหยุดเลือดที่ออกอีกครั้ง

2.3.2 ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ หลังการผ่าตัดปิดเพดานโหว่ เพราะโดยปกติผู้ป่วยจะหายใจได้สะดวกผ่านทางเพดานโหว่ ซึ่งอาจมีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจในระยะแรกหลังผ่าตัด ผลที่เย็บไว้ฉีกขาด เพดานมีรูรั่วจากการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง ผลผ่าตัดติดเชื้อ รวมถึงการมีการติดเชื้อหลังผ่าตัดอื่น ๆ ด้วย ผลเป็นนูนที่ต้องได้รับการรักษาตามสมควรต่อไป

2.4 ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่

3. ข้าพเจ้าเข้าใจ และยอมรับว่าคณะทันตแพทย์/แพทย์ไม่สามารถที่จะรับรองผล หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ถึงแม้คณะทันตแพทย์/แพทย์ได้ทำอย่างรอบคอบ และระมัดระวังอย่างที่สุด

4. คณะทันตแพทย์/แพทย์สามารถเปลี่ยนแปลงการรักษาได้ตามความจำเป็น เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีที่สุดแก่ข้าพเจ้า หากเกิดการล้มเหลวใด ๆ หลังจากรักษา ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

5. พยาบาลห้องผ่าตัด และเจ้าหน้าที่หน่วยสิทธิประโยชน์ ได้แจ้งค่าใช้จ่ายในการรักษาดังกล่าว ซึ่งประกอบด้วย ค่าผ่าตัด ค่าวัสดุอุปกรณ์รวมค่าโรงพยาบาล ค่าดมยาสลบและค่าวัสดุอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ให้ข้าพเจ้าทราบโดยละเอียด รวมทั้งในส่วนที่เบิกค่ารักษาได้และเบิกค่ารักษาไม่ได้ (ในกรณีที่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลต่าง ๆ เช่น สิทธิบัตรประกันสุขภาพ สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม อปท. เป็นต้น)

6. ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับข้อความทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น โดยปราศจากข้อสงสัยใด ๆ และพร้อมที่จะรับการรักษาตามขั้นตอนเหล่านั้น

ลงชื่อ

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย
ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

วันที่เวลา

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