



เอกสารยินยอมรับการบำบัดฉุกเฉินวิทยาเอ็นโดคริน โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี HNได้ตัดสินใจ
เข้ารับการบำบัดฉุกเฉินวิทยาเอ็นโดคริน ที่ จำนวน
โดยข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดฉุกเฉินวิทยาเอ็นโดคริน และรักษาลองรากฟัน ดังนี้

1. ข้อเท็จจริงเพื่อพิจารณา

การรักษาคลองรากฟัน คือ การทำความสะอาดและอุดคลองรากฟัน เพื่อป้องกันหรือรักษาการติดเชื้อของเนื้อเยื่อในฟัน และเนื้อเยื่อรอบรากฟัน

การบำบัดฉุกเฉินวิทยาเอ็นโดคริน ทำโดยการกรอฟันผ่านด้านบดเคี้ยวเข้าไปกำจัดเนื้อเยื่อในโพรงฟันที่อักเสบและติดเชื้อเพื่อกำจัดเชื้อโรค โดยการใช้เครื่องมือเฉพาะ และยาฆ่าเชื้อในการทำความสะอาดคลองรากฟัน ตามด้วยการอุดฟันด้วยวัสดุชั่วคราว โดยจะทำให้ในกรณีผู้ป่วยมีอาการปวด บวม เพื่อบรรเทาอาการ ดังกล่าวระหว่งการรักษาคลองรากฟัน หลังจากรักษาคลองรากฟันเสร็จควรได้รับการบูรณะฟันอย่างถาวร โดยการอุดฟัน หรือทำเดือยและครอบฟันในเวลาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ และป้องกันการแตกหักของฟัน อันอาจเป็นเหตุให้ต้องสูญเสียฟันไปในที่สุด

อัตราประสบความสำเร็จในการรักษาคลองรากฟันค่อนข้างสูง และมีส่วนน้อยที่การรักษาอาจไม่ประสบความสำเร็จซึ่งอาจแก้ไขได้โดยทำการรักษาคลองรากฟันซ้ำ การทำศัลยกรรมหรือการถอนฟัน แล้วแต่กรณี

2. ประโยชน์ของการรักษา

การรักษาคลองรากฟันเป็นการเก็บรักษาฟันธรรมชาติไว้ให้มีอายุการใช้งานนานที่สุด ซึ่งจะช่วยให้การบดเคี้ยวเป็นไปตามปกติ

3. ความเสี่ยงของการรักษา

ความเสี่ยงต่อไปนี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้ ซึ่งอาจเกิดเพียงบางข้อ หรือไม่เกิดขึ้นเลย

3.1 ผู้ป่วยอาจมีปฏิกิริยากับยาชา

3.2 ระหว่างการรักษาคลองรากฟัน ผู้ป่วยอาจเกิดอาการปวด บวม และไม่สบายฟัน อันเนื่องมาจากการอักเสบชั่วคราวซึ่งจะรักษาด้วยยาแก้ปวด และยาปฏิชีวนะกรณีมีการติดเชื้อ ผู้ป่วยควรแจ้งทันตแพทย์ทันที หากมีอาการแสบหรือมีไข้

3.3 ในคลองรากที่บิด โค้ง ตีบ ตัน หรือมีแขนงย่อย อาจทำให้ไม่สามารถกำจัดเนื้อเยื่อในฟันที่อักเสบ และติดเชื้อได้ทั้งหมด ถ้าผู้ป่วยยังคงมีอาการอยู่และรอยโรคไม่หายไป อาจต้องรับการรักษาขั้นต่อไปด้วยวิธีศัลยกรรม

3.4 ในคลองรากขนาดเล็ก บิด โค้ง ตีบ ตัน หรือมีแขนงย่อย อาจมีโอกาสที่เครื่องมือจะหักในคลองรากได้ เครื่องมือที่หักอาจนำออกมาได้ หรืออาจพิจารณาอุดรวมอยู่กับวัสดุอุดคลองรากฟัน ซึ่งโดยส่วนใหญ่เครื่องมือนี้ปราศจากเชื้อโรคและไม่ก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ ทั้งนี้กรณีผู้ป่วยยังคงมีอาการอยู่ และรอยโรคไม่หาย หรือเครื่องมือหักอยู่นอกปลายรากฟัน อาจจะต้องใช้วิธีทางศัลยกรรมร่วมด้วย

3.5 ในฟันที่ปลายรากเปิด วัสดุอุดคลองรากฟันอาจเกินออกนอกปลายรากไปยังเนื้อเยื่อและกระดูกครอบรากฟัน บางกรณีอาจต้องรับการผ่าตัดปลายราก เพื่อกำจัดส่วนเกิน และอุดกั้นการรั่วที่ปลายราก

3.6 ในระหว่างการรักษาคลองรากฟันความซับซ้อนของการรักษาอาจเกิดขึ้นได้ เช่น การสูญเสียและแตกหักของวัสดุอุดวีเนียร์ ครอบฟัน สะพานฟัน หรือโครงสร้างฟันธรรมชาติ การเกิดรอยทะลุหรือฟันเปลี่ยนสี

3.7 การอักเสบระหว่างการรักษาอาจทำให้เกิดการเจ็บหรือตึงที่ขากรรไกรชั่วคราว และอ้าปากกว้าง ๆ ได้ยากไปหลายวัน

3.8 การใช้ยามีความเสี่ยง ผลข้างเคียง และปฏิกิริยาของยาได้ ดังนั้นจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องแจ้งให้ทันตแพทย์ทราบถึงยาทั้งหมดที่ได้รับในขณะนั้น ในผู้ป่วยหญิงที่ทานยาคุมกำเนิด จะต้องทราบว่า การใช้ยาปฏิชีวนะอาจมีผลลดประสิทธิภาพของยาคุมกำเนิด

3.9 ฟันที่รักษาอาจมีรอยร้าว หรือสูญเสียเนื้อฟันมากมาก่อนแล้ว มีโอกาสเกิดการร้าว หรือแตกออกซึ่งอาจต้องถอนแล้วใส่ฟันทดแทน การมีโรคเหงือกหรือโรคปริทันต์ร่วมด้วยจะเพิ่มโอกาสที่จะสูญเสียฟัน แม้การรักษาคลองรากฟันจะประสบความสำเร็จ

3.10 ในฟันที่มีรอยโรคขนาดใหญ่ หรือมีการติดเชื้อรุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาคลองรากฟัน อาจต้องมีการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น การทำศัลยกรรม และ/หรืออาจต้องถอนฟันออก

4. ผลที่เกิดขึ้นถ้าไม่รักษา

การดำเนินโรคของฟันทั้งที่มีและไม่มีอาการปวดอาจเกิดต่อเนื่อง และอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่คุกคามถึงชีวิต การเกิดหนองที่เนื้อเยื่อและกระดูกครอบรากฟัน และสูญเสียฟันซี่นั้น และ/หรือฟันข้างเคียงในที่สุด

5. ทางเลือกถ้าไม่รักษา

ทางเลือกของการไม่รักษาคอลงรากฟัน คือ การถอนฟันแล้วทดแทนด้วยการใส่ฟันปลอมถอดได้ หรือสะพานฟันติดแน่นหรือฝังรากฟันเทียม

6. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

อิงตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับปรับปรุงล่าสุด

7. การตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาคอลงรากฟันและได้สอบถามทันตแพทย์ถึงทางเลือก และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องแล้ว

ข้าพเจ้าได้ซักถามและได้รับคำตอบเกี่ยวกับขั้นตอน ความเสี่ยง ประโยชน์และค่าใช้จ่ายเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทำการบำบัดดูแลสุขภาพเอ็นโดดอนต์ และยอมรับความเสี่ยงต่าง ๆ และค่าใช้จ่าย ดังที่กล่าวมา และยินยอมให้ทันตแพทย์เอกซเรย์ฟันตามความจำเป็นตลอดการรักษาคลองรากฟัน

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ทำการบำบัดดูแลสุขภาพเอ็นโดดอนต์ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูล และยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษา

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