



เอกสารยินยอมรับการรักษาฟันร้าว โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี HNได้
ตัดสินใจเข้ารับการรักษาฟันร้าว ชื่อ.....จำนวน ชื่อ
โดยข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลแผนการรักษาฟันร้าว ดังนี้

1. ข้อเท็จจริงเพื่อพิจารณา

ฟันร้าว เป็นภาวะที่เกิดรอยร้าวขึ้นที่ฟัน โดยผู้ป่วยอาจปวดฟันหรือเสียวฟัน ในขณะที่เคี้ยวหรือรับประทานอาหาร ฟันร้าวอาจเกิดได้หลายสาเหตุ เช่น อุบัติเหตุ การรับประทานอาหารที่แข็ง การนอนกัดฟัน หรืออาจเกิดขึ้นตามธรรมชาติ เมื่ออายุมากขึ้น เป็นต้น ซึ่งโดยทั่วไปการรักษาฟันร้าวจะขึ้นอยู่กับลักษณะของรอยร้าว และบริเวณที่ฟันร้าว

2. ประโยชน์ของการรักษา

ขึ้นอยู่กับระดับความลึกหรือลักษณะการร้าว

2.1 รอยร้าวระยะแรกไม่ลึก หรือลดอาการลดเสียวด้วยการฉีกรอยร้าวด้วยวัสดุอุด และป้องกันการดำเนินต่อไปของรอยร้าวโดยใช้ปลอกโลหะ (Metal band) รัดฟันเอาไว้จนแน่ใจว่าฟันไม่มีรอยร้าวต่อและไม่มีอาการปวด ทันตแพทย์จะทำครอบฟันถาวรให้

2.2 ฟันมีรอยร้าวร่วมกับมีอาการปวดร่วมด้วย แสดงว่ารอยร้าวลุกลามไปถึงโพรงประสาทฟันจำเป็นต้องรักษารากฟันก่อนเพื่อกำจัดเชื้อ แล้วทำครอบฟันภายหลัง

2.3 ฟันเกิดรอยร้าวเป็นเวลานาน และลึกลงไปมารากฟัน จนแตกแยกจากกัน แนวตั้งไปจนถึงรากฟัน จะไม่สามารถเก็บไว้ได้ ต้องถอนฟันออกไป

3. ความเสี่ยงของการรักษา

ฟันร้าวมักไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ตรงไปตรงมาเหมือนปกติทั่วไป เนื่องจากบอกได้ยากกว่ารอยร้าว ลึกลงไปถึงระดับใด และลึกเข้าไปในเนื้อฟันมากน้อยเพียงใด ฟันที่รอยร้าวไม่ลึกรักษาโดยการครอบฟันเพียงอย่างเดียว อาจต้องรักษารากฟันในภายหลังหากมีอาการปวดหรือรอยโรคปลายรากฟัน ฟันที่รักษารากฟันร่วมกับครอบฟัน อาจต้องถอนในภายหลังหากรอยร้าวลงไปลึกและมีการทำลายของอวัยวะปริทันต์ เพราะการบูรณะให้ครอบคลุมรอยร้าวทั้งหมดทำได้ยากส่งผลให้เชื้อแบคทีเรียผ่านเข้าทางรอยร้าวได้

พยากรณ์โรคและปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาฟันร้าว

- 3.1 ดี : กรณีรอยร้าวไม่ลงไปต่ำกว่าเหงือก และไม่มีร่องปริทันต์
- 3.2 ไม่แน่นอน : กรณีรอยร้าวลงไปต่ำกว่าเหงือก แต่ยังไม่มียูเรียปริทันต์
- 3.3 แย่ : กรณีลงไปต่ำกว่าเหงือก แต่มีร่องปริทันต์

4. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

อิงตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับปรับปรุงล่าสุด

5. การตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลจากการรักษาฟันร้าว รูปแบบฟันร้าว ความเสี่ยงค่าใช้จ่าย และผลที่จะเกิดขึ้นจากการรักษา ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลในเรื่องของฟันร้าว เป็นที่พอใจแล้ว

- ข้าพเจ้ายินยอมรักษาฟันร้าวตามแนวทางการรักษาฟันร้าว และยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดได้
- ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ทำการรักษาฟันร้าว ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูล และยอมรับผลที่จะเกิดขึ้น

ลงชื่อ

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย
ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

วันที่เวลา

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