เอกสารยินยอมการใช้ทันตอุปกรณ์ (Oral Appliance)
เพื่อการรักษานอนกรนและภาวะหยุดหายใจ ขณะหลับจากการอุดกั้น
โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
ในฐานะเป็น ☐ ผู้ป่วย HN .....
☐ ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยชื่อ.....
ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

ข้าพเจ้ายินยอมโดยสมัครใจให้ทันตแพทย์และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการดูแลข้าพเจ้า ซึ่งข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายและข้อมูลเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยของข้าพเจ้า ดังนี้

1. **ข้อเท็จจริงเพื่อพิจารณา**

นอนกรนและหรือหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (snoring and/or obstructive sleep apnea) ส่งผลต่อสุขภาพ เพราะทำให้นอนหลับไม่เต็มอิ่ม นอนหลับไม่สนิท ปริมาณออกซิเจนในเลือดต่ำ ง่วงนอนในระหว่างวันมากผิดปกติ อัตราการเต้นหัวใจผิดปกติ ความดันเลือดสูง มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงและเส้นเลือดฝอยในสมองแตก

2. ประโยชน์ของการรักษา

การใส่ทันตอุปกรณ์ช่วยทำให้หายใจสะดวกขึ้น โดยการทำให้ขากรรไกรและลิ้นยื่นไปข้างหน้าเพื่อเปิดช่องทางเดินหายใจกว้างขึ้น และทำให้กรนน้อยลง ทันตอุปกรณ์มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยหลายราย แต่เนื่องจากความแตกต่างของแต่ละบุคคลและปัจจัยก่อโรคที่ต่างกัน ดังนั้นอาจได้ผลการรักษาที่ไม่เหมือนกันในแต่ละบุคคล ท่านอาจจะต้องใส่และปรับเครื่องมือไปสักระยะหนึ่งเพื่อให้ได้ผลเต็มที่

3. ความเสี่ยงของการรักษา

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจาการใส่ทันตอุปกรณ์ คือ น้ำลายมาก กลืนลำบาก ปวดข้อต่อขากรรไกร เจ็บฟันและเหงือก ปากแห้ง ฟันโยก การสบฟันเปลี่ยน วัสดุอุดฟันหรือครอบฟันที่อยู่ในสภาพไม่ดีอาจหลุด ซึ่งผลข้างเคียงส่วนใหญ่มักจะดีขึ้น

ผลข้างเคียงระยะยาวอาจเกิดการสบฟันเปลี่ยนซึ่งอาจจะหายได้เมื่อท่านหยุดใส่ทันตอุปกรณ์ การติดตามผลการรักษาเป็นสิ่งที่สำคัญ ท่านต้องมารับการรักษาตามที่ทันตแพทย์นัดหมาย เพื่อปรับทันตอุปกรณ์และตรวจช่องปากและการสบฟัน หากในระหว่างการใส่ทันตอุปกรณ์ ท่านพบผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ให้หยุดใส่ทันตอุปกรณ์ก่อนจนกว่าจะมาพบทันตแพทย์ตามที่นัดไว้

4. ทางเลือกถ้าไม่รักษา

การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ได้แก่ การปรับพฤติกรรม ลดน้ำหนัก การใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (PAP) และการผ่าตัด ท่านเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยทันตอุปกรณ์ และท่านทราบแล้วว่าอาจไม่ได้ผลเต็มที่ในการรักษานอนกรนและหรือภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ท่านต้องรายงานอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นและซักถามข้อสงสัยในการใส่ทันตอุปกรณ์ให้ทันตแพทย์ผู้รักษาทราบ

5. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

ข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยมีค่าใช้จ่ายในการทำทันตอุปกรณ์ .....
.....
ราคา ..... บาท (ตัวอักษร) .....

ซึ่งอิงตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับปรับปรุงล่าสุด

6. การตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลจากทันตแพทย์แล้ว รวมถึงซักถามข้อสงสัย และทำความเข้าใจกับทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา ตลอดจนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จากคำกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเพียงพอ และตกลงยินยอมที่จะรับการรักษา

ลงชื่อ	ลงชื่อ .....
(.....)	(.....)
ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา	ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย
ลงชื่อ	ลงชื่อ .....
(.....)	(.....)
พยาน	พยาน วันที่ .....เวลา .....

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