



เอกสารยินยอมรับการรักษาผ่าตัดทำศัลยกรรมกระดูกขากรรไกร 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 เพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจด้วยตัวข้าพเจ้าเอง ทั้งนี้ข้าพเจ้ารู้ว่าข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้น

2. ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เมื่อใช้วิธีนี้

2.1 อาการปวด เป็นอาการปกติที่จะต้องเกิดขึ้น แต่จะได้รับยาแก้ปวดตามระดับความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยรู้สึกได้

2.2 อาการบวม เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย แต่จะได้รับการประคบเย็นในช่วงแรก เพื่อบรรเทาอาการบวม โดยปกติจะมีอาการบวมหลังผ่าตัดสูงสุด 24-48 ชั่วโมง จากนั้นจะดีขึ้น หากไม่มีอาการติดเชื้อแทรกซ้อนขึ้นการบวมจะลดลงจนเป็นปกติ ภายใน 4 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามโดยปกติจะมีการให้ยาลดบวมทางหลอดเลือดก่อนผ่าตัดและ 2-3 วันหลังผ่าตัด

2.3 อาการชา เป็นอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นประจำของการผ่าตัดชนิดนี้ แต่มักเป็นอาการชาชั่วคราวที่ริมฝีปากและคาง โดยอาการชาจะค่อย ๆ ลดลง บริเวณที่ชาก็แคบลง และค่อย ๆ หายไปเอง แต่ก็มีประมาณ 1-2% ที่จะมีอาการชาแบบถาวรได้

2.4 เลือดออกมาก เนื่องจากเป็นการผ่าตัดกระดูก จึงมีการเสียเลือดได้มาก หากมีการเสียเลือดมากจำเป็นต้องได้รับเลือด เพื่อทดแทนเลือดที่เสียไป หรือแก้ไขภาวะเลือดออกผิดปกติ

2.5 การเกิดแผลติดเชื้อ พบได้ แต่พบน้อยมาก การผ่าตัดในสถานที่/ห้องผ่าตัดที่ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในภาวะอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันต่ำจะมีปัญหาการติดเชื้อน้อยมาก แต่ถ้าเกิดขึ้นก็สามารถให้การรักษาโดยการให้ยาฆ่าเชื้อหรือบางรายอาจต้องระบายหนอง

2.6 ตำแหน่งกระดูกไม่ถูกต้อง อาจมีการเคลื่อนที่ของกระดูก หรือข้อต่อขากรรไกรได้หลังผ่าตัด (Relapse) ซึ่งทำให้เกิดการสบฟันที่ผิดปกติหรือมีใบหน้าไม่เท่ากันได้ แก้ไขได้โดยการจัดฟันหรือบางรายอาจจำเป็นต้องผ่าตัดซ้ำได้

2.7 ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่

3. ข้าพเจ้าเข้าใจ และยอมรับว่าคณะทันตแพทย์/แพทย์ไม่สามารถที่จะรับรองผลหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นถึงแม้คณะทันตแพทย์/แพทย์ได้ทำอย่างรอบคอบ และระมัดระวังอย่างที่สุด

4. คณะทันตแพทย์/แพทย์สามารถเปลี่ยนแปลงการรักษาได้ตามความจำเป็น เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีที่สุดแก่
ข้าพเจ้า หากเกิดการล้มเหลวใด ๆ หลังจากการรักษา ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

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

6. ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับข้อความทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น โดยปราศจากข้อสงสัยใด ๆ และพร้อมที่จะรับ
การรักษาตามขั้นตอนเหล่านั้น

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