



เอกสารยินยอมรับการรักษาผ่าตัดปลูกกระดูก เพื่อรักษาการแหงของสันหลังอก
โรงพยาบาลทันตกรรม

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

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

ซึ่งสามารถอธิบายเป็นภาษาง่าย ๆ ได้ดังนี้

1. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากคณะทันตแพทย์/แพทย์ ถึงข้อดีข้อเสียรวมทั้งขั้นตอนของวิธีการรักษา ดังกล่าวอย่างละเอียด ทั้งยังได้รับแจ้งให้ทราบถึงวิธีการรักษาอื่น ๆ ที่อาจใช้แก้ปัญหานี้ได้ เพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจ ด้วยตัวข้าพเจ้าเองทั้งนี้ ข้าพเจ้ารู้ว่าข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้น

2. ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้วิธีนี้ ได้แก่ การเกิดแผลติดเชื้อ การอักเสบ บวม เลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด ความล้มเหลวในการปลูกกระดูกเนื้อเยื่อ อาจเกิดสันกระดูกปีกสะโพกหัก อาจเกิดการบาดเจ็บ ที่เยื่อช่องท้อง อาจเกิดภาวะลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดมวนท้อง อาการปวดบริเวณแผล ผ่าตัด เป็นอาการปกติที่จะต้องเกิดขึ้น แต่จะได้รับการแก้ไขตามแผนการรักษา อาการชา เกิดไส้เลื่อน เกิดการเดินผิดปกติ และเกิดแผลเป็นบริเวณแผลผ่าตัดที่สะโพก

3. ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่

4. คณะทันตแพทย์/แพทย์สามารถเปลี่ยนแปลงการรักษาได้ตามความจำเป็น เพื่อให้เกิดผลการรักษา ที่ดีที่สุดแก่ข้าพเจ้า หากเกิดการล้มเหลวใด ๆ หลังจากการรักษา ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

5. พยาบาลห้องผ่าตัด และเจ้าหน้าที่หน่วยสิทธิประโยชน์ ได้แจ้งค่าใช้จ่ายในการรักษาดังกล่าว ซึ่งประกอบด้วยค่าผ่าตัด ค่าวัสดุอุปกรณ์รวมค่าโรงพยาบาล ค่าดมยาสลบและค่าวัสดุอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ให้ข้าพเจ้าทราบ โดยละเอียด 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