



เอกสารยินยอมรับการรักษาผ่าตัดบุรณะ
โดยวิธีจุลศัลยกรรมหลอดเลือดบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้า
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. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดของการผ่าตัดบุรณะโดยวิธีจุลศัลยกรรมหลอดเลือดบริเวณ กระดูกขากรรไกรและใบหน้า ได้แก่

2.1 ภาวะแทรกซ้อนทั่วไปของจุลศัลยกรรมหลอดเลือด เช่น อาจเกิดความล้มเหลวในการปลูกกระดูก เนื้อเยื่อ อาจเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด มีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด และอาจเกิดแผลกดทับส่วนต่าง ๆ เช่น ศีรษะ หลัง ก้นกบ

2.2 ภาวะแทรกซ้อนบริเวณผู้ให้ที่มาจากกระดูกอ่อน เช่น การตั้งรับน้ำหนักโป่งของเท้า การปวดของข้อเท้า อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การรับความรู้สึกของผิวหนังเปลี่ยนแปลง และอาจเกิดกล้ามเนื้อและเส้นประสาทขาด เลือดเกิดการเน่าตาย

2.3 ภาวะแทรกซ้อนบริเวณผู้ให้ที่มาจากกระดูกปึกสะโพก เช่น การอักเสบ บวม เลือดออกบริเวณ แผลผ่าตัด อาจเกิดสันกระดูกปึกสะโพกหัก อาจเกิดการบาดเจ็บที่เยื่อหุ้มข้อ อาจเกิดภาวะลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดมวนท้อง อาการชาบริเวณที่ผ่าตัด อาจเกิดไส้เลื่อน เกิดการเดินผิดปกติ และเกิดรอยแผล เป็นบริเวณแผลผ่าตัดที่สะโพก

2.4 ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่

3. ข้าพเจ้าเข้าใจ และยอมรับว่าคณะทันตแพทย์/แพทย์ไม่สามารถที่จะรับรองผล หรือความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้น ถึงแม้คณะทันตแพทย์/แพทย์ได้ทำอย่างรอบคอบ และระมัดระวังอย่างที่สุด

4. คณะทันตแพทย์/แพทย์สามารถเปลี่ยนแปลงการรักษาได้ตามความจำเป็น เพื่อให้เกิดผลการรักษา ที่ดีที่สุดแก่ข้าพเจ้า หากเกิดการล้มเหลวใด ๆ หลังจากรักษา ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

5. พยาบาลห้องผ่าตัด และเจ้าหน้าที่หน่วยสิทธิประโยชน์ ได้แจ้งค่าใช้จ่ายในการรักษาดังกล่าว ซึ่งประกอบด้วย ค่าผ่าตัด ค่าวัสดุอุปกรณ์รวมค่าโรงพยาบาล ค่าดมยาสลบและค่าวัสดุอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ให้ข้าพเจ้า

ทราบโดยละเอียด 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