



เอกสารยินยอมรับการรักษากรณีผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก/ผ่าตัดเนื้องอก/ควักถุงน้ำ  
โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า ..... อายุ ..... ปี HN .....  
คำวินิจฉัย ..... วิธีการรักษา .....  
วันที่ ..... เวลา ..... น. ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา .....

**ก. สภาวะแวดล้อมและหัตถการ**

ทันตแพทย์ได้อธิบายว่า ข้าพเจ้าจำเป็นต้องรับการรักษา โดยอาจมีอาการปวดและบวมหลังผ่าตัด ซึ่งอาจจำเป็นต้องรับประทานยาแก้ปวดและจะมีเลือดออก โดยทั่วไปเลือดจะสามารถหยุดได้ง่ายด้วยการกดผ้าก๊อช

**ข. ความเสี่ยงสำคัญของการทำหัตถการนี้**

อาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ได้แก่ อาการเลือดออกผิดปกติ เจ็บปวดรุนแรง มีอาการชาผิดปกติ บวม หรือ ติดเชื้อ มีหนองภายหลังการรักษา ทำให้จำเป็นต้องมีการรักษาหรือการผ่าตัดเพิ่มเติม

**การรับทราบข้อมูลของผู้ป่วย** ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังนี้ ทันตแพทย์ได้อธิบายสภาวะทางร่างกายของข้าพเจ้า และจุดประสงค์ของการทำหัตถการ ความเสี่ยงของการทำหัตถการ และผลที่อาจเกิดขึ้น ทางเลือกของการรักษา การพยากรณ์โรค และความเสี่ยงหากไม่ทำหัตถการ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลผู้ป่วยในเรื่องการระงับความรู้สึก ข้าพเจ้าสามารถที่จะถามคำถามเกี่ยวกับสภาวะของข้าพเจ้า การทำหัตถการ ความเสี่ยง และทางเลือกของการรักษา และได้รับการตอบคำถามจนเป็นที่พอใจ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหัตถการนี้ อาจรวมถึงการได้รับเลือด ทันตแพทย์ได้อธิบายแล้วว่า หากเกิดภาวะฉุกเฉินขณะทำหัตถการ จะได้รับการรักษาทันที ข้าพเจ้าเข้าใจว่าไม่อาจรับประกันได้ว่าการทำหัตถการนี้จะทำให้อาการของโรคดีขึ้นแน่นอน และอาจทำให้อาการแย่ลง

จากคำกล่าวข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเพียงพอและตกลงยินยอมที่จะรับการรักษา

ลงชื่อ .....  
(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ .....  
(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย  
ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ .....  
(.....)

พยาน

ลงชื่อ .....  
(.....)

พยาน

วันที่ ..... เวลา .....

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