



เอกสารยินยอมของผู้ปกครอง กรณีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เกี่ยวข้องกับ
เป็น.....(ด.ช./ด.ญ.).....อนุญาตให้
(ทพ./ทพญ.).....อนุสาขาวิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก สาขาวิชา
ทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทำการรักษาทางทันตกรรมโดย

1. ทันตแพทย์ปรับเปลี่ยนโทนเสียงในการสนทนากับผู้ป่วย (Voice control)
2. ขอความร่วมมือผู้ปกครองออกนอกห้องในขณะที่ทำการรักษา (Parent-child separation)
3. จับยึดโดยทันตบุคลากร (Active restrain)
4. ใช้ผ้าห่อตัวเด็ก (Passive restrain: Papoose board®)

ในเหตุจำเป็นเพื่อควบคุมการเคลื่อนไหวและพฤติกรรมของผู้ป่วยในขณะที่ทำการรักษา ทั้งนี้ข้าพเจ้า
ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมความไม่ร่วมมือของบุตรหลานของข้าพเจ้า ความจำเป็น ผลดี และผลข้างเคียงไม่
พึงประสงค์ ของการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวแล้ว

ลงชื่อ
(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ
(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย
ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ
(.....)

พยาน

ลงชื่อ
(.....)

พยานผู้ป่วย

วันที่เวลา

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