



## เอกสารยินยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยปริทันต์ โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี HN.....ได้  
ตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาโรคปริทันต์ โดยข้าพเจ้าได้รับทราบถึงแผนการรักษาและข้อมูลดังนี้

### 1. ข้อเท็จจริงเพื่อพิจารณา

**โรคปริทันต์อักเสบ** คือโรคที่เกิดกับเนื้อเยื่อหรืออวัยวะรอบ ๆ ตัวฟัน ได้แก่ เหงือก เนื้อเยื่อปริทันต์ เคลือบ  
รากฟัน และกระดูกหุ้มรากฟัน ในระยะแรกที่เป็นโรคนี้อาจไม่มีอาการใด ๆ ต่อมาจะมีการทำลายอวัยวะเหล่านี้ ทำให้  
กระดูกหุ้มรากฟันละลายและเหงือกกร่น อาจมีการปวดบวม ฟันโยกและหลุดในที่สุด ชาวบ้านมักเรียกว่า **โรครำมะนาด**

การรักษาโรคปริทันต์อักเสบ คือ การกำจัดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรค รวมทั้งกำจัดแหล่งอาศัยของ  
เชื้อแบคทีเรีย โดยการรักษาขั้นต้น ได้แก่ การขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันทั้งที่อยู่เหนือเหงือกและ  
ใต้ขอบเหงือก รวมถึงสอนวิธีทำความสะอาดช่องปาก เพื่อให้ร่างกายมีการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ภายหลังจาก  
การรักษาขั้นต้นเสร็จแล้วประมาณ 4 - 6 สัปดาห์ ทันตแพทย์จะนัดติดตามอาการ เพื่อประเมินการหาย และถ้ายังมีร่อง  
ลึกปริทันต์เหลืออยู่ อาจจำเป็นต้อง ได้รับการผ่าตัดศัลยปริทันต์ (Periodontal Surgery) ร่วมด้วย

**ศัลยปริทันต์** คือ การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของกระดูกเบ้าฟันและเนื้อเยื่อรอบ ๆ รากฟันที่ถูกทำลายไป

### 2. ประโยชน์ของการรักษา

การรักษาโรคปริทันต์อักเสบเป็นการลดการติดเชื้อ การอักเสบของอวัยวะปริทันต์ ซ่อมแซมเหงือกและ  
กระดูกเบ้าฟันให้มีสุขภาพดีขึ้น มีอายุการใช้งานนานขึ้น ซึ่งจะช่วยในการบดเคี้ยวให้เป็นไปตามปกติ

### 3. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของการทำหัตถการนี้

- เลือดออกหลังการผ่าตัด
- มีอาการอักเสบ บวม ปวด บริเวณแผลผ่าตัด
- การติดเชื้อแผลผ่าตัด
- เหงือกกร่น
- มีอาการเสียวฟันต่อของเย็นของร้อน
- อ้าปากได้จำกัด
- อาจมีการบาดเจ็บต่อกระดูกและฟันซี่ข้างเคียง
- อาจมีความล้มเหลวในการปลูกกระดูกและ/หรือเนื้อเยื่อ
- มีอาการชาขากรรไกรล่างและ/หรือลิ้นชั่วคราว (๒ สัปดาห์ -๖ เดือน) อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้น

### 4. ทางเลือกในการรักษา

- ไม่รักษา โดยคาดหวังว่าสภาวะโรคจะดีขึ้น
- ถอนฟัน ซี่ที่เป็นโรคปริทันต์
- รักษาโดยการไม่ผ่าตัด ด้วยการขูดหินน้ำลายเกลารากฟันเพียงอย่างเดียว
- รักษาโดยการผ่าตัดเหงือกและ/หรือกระดูกเบ้าฟันร่วมด้วย

### 5. ผลที่เกิดขึ้นถ้าไม่รักษา

การดำเนินของโรคจะรุนแรงมากขึ้น จนอาจจะต้องสูญเสียฟันไปในที่สุด

## 6. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

อิงตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับปรับปรุงล่าสุด

## 7. การตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้สอบถามทันตแพทย์ถึงทางเลือก และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับการตอบคำถามถึงขั้นตอน ความเสี่ยง ประโยชน์และค่าใช้จ่ายเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทำการรักษาโรคปริทันต์/การผ่าตัดศัลยกรรมปริทันต์ และยอมรับความเสี่ยงต่าง ๆ ประโยชน์และค่าใช้จ่าย ดังที่กล่าวมาและยินยอมให้ทันตแพทย์เอกซเรย์ฟันตามความจำเป็น ตลอดการรักษา

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ทำการรักษาโรคปริทันต์/การผ่าตัดศัลยกรรมปริทันต์ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูล และยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นถ้าไม่รับการรักษา

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