



เอกสารยินยอมรับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี HN.....

ได้ตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาโรคปริทันต์ โดยข้าพเจ้าได้รับทราบถึงแผนการรักษาและข้อมูลดังนี้

1. ข้อเท็จจริงเพื่อพิจารณา

โรคปริทันต์อักเสบ คือโรคที่เกิดกับเนื้อเยื่อหรืออวัยวะรอบ ๆ ตัวฟัน ได้แก่ เหงือก เนื้อเยื่อปริทันต์ เคลือบรากฟัน และกระดูกหุ้มรากฟัน ในระยะแรกที่เป็นโรคนี้อาจไม่มีอาการใด ๆ ต่อมาจะมีการทำลายอวัยวะเหล่านี้ ทำให้กระดูกหุ้มรากฟันละลายและเหงือกกร่น อาจมีการปวดบวม ฟันโยกและหลุดในที่สุด ชาวบ้านมักเรียกว่า โรครำมะนาด

การรักษาโรคปริทันต์อักเสบ คือ การกำจัดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรค รวมทั้งกำจัดแหล่งอาศัยของเชื้อแบคทีเรีย โดยการรักษาขั้นต้น ได้แก่ การขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันที่อยู่เหนือเหงือกและใต้ขอบเหงือก รวมถึงสอนวิธีทำความสะอาดช่องปาก เพื่อให้ร่างกายมีการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ภายหลังจากการรักษาขั้นต้นเสร็จแล้วประมาณ 4 - 6 สัปดาห์ ทันตแพทย์จะนัดติดตามอาการ เพื่อประเมินการหาย และถ้ายังมีร่องลึกปริทันต์เหลืออยู่ อาจจำเป็นต้อง ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมปริทันต์ (Periodontal Surgery) ร่วมด้วย

ประโยชน์ของการรักษา

การรักษาโรคปริทันต์เป็นการลดการติดเชื้อ การอักเสบของอวัยวะปริทันต์ ซ่อมแซมเหงือกและกระดูกเบ้าฟัน ทำให้เหงือกมีสุขภาพดีขึ้น และทำให้ฟันมีอายุการใช้งานนานขึ้น

2. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของการทำหัตถการนี้

- อาจมีเลือดออกหลังจากการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน
- อาจมีอาการเจ็บเหงือกเล็กน้อยประมาณ 1-3 วันแรกหลังทำ
- อาจมีการหลุดตัวของเหงือก ทำให้รู้สึกว่ามีเหงือกกร่นมากขึ้น
- อาจมีอาการเสียวฟันต่อของเย็นของร้อน โดยปกติอาการจะค่อยๆ ดีขึ้นภายใน 1 เดือน

3. ทางเลือกในการรักษา

- ถ้าไม่รักษา จะทำให้โรคมีการลุกลามมากขึ้น
- ถอนฟัน ซี่ที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบรุนแรง

4. ผลที่เกิดขึ้นถ้าไม่รักษา

การดำเนินของโรคจะลุกลามมากขึ้น ทำให้มีอาการเหงือกบวม ฟันโยก จนอาจจะต้องสูญเสียฟันไปในที่สุด

5. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

อิงตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับปรับปรุงล่าสุด

6. การตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้สอบถามทันตแพทย์ถึงทางเลือก และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับการตอบคำถามถึงขั้นตอน ความเสี่ยง ประโยชน์และค่าใช้จ่ายเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทำการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ และยอมรับความเสี่ยงต่าง ๆ ประโยชน์และค่าใช้จ่าย ดังที่กล่าวมาและยินยอมให้ทันตแพทย์เอกซเรย์ฟันตามความจำเป็น ตลอดการรักษา

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ทำการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูล และ ยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นถ้าไม่รับการรักษา

ลงชื่อ

(.....)
ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ

(.....)
ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย
ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ

(.....)
พยาน

ลงชื่อ

(.....)
พยาน
วันที่เวลา

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