



เอกสารยินยอมรับการรักษาทันตกรรมประดิษฐ์ (ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก) โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี HNได้ตัดสินใจ
เข้ารับการรักษาด้วยการทำฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก

โดยข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก ดังนี้

1. ระยะเวลาของการรักษา

ในการทำฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก ต้องมีการนัดหมายอย่างน้อย 6-8 ครั้ง เริ่มตั้งแต่การนัดหมายครั้งแรก เพื่อการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา ไปจนถึงขั้นตอนการใส่ฟันเทียม และจำเป็นต้องมีการนัดหมายเพิ่มเติมสำหรับการปรับแต่ง แก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการใส่ฟันเทียม หรือทำฟันเทียมใหม่ในกรณีที่เกิดปัญหาแบบไม่สามารถปรับแก้ไขได้

นอกจากนี้ อาจเกิดความล่าช้าในการทำฟันเทียมได้ ในผู้ป่วยบางรายที่เพิ่งถอนฟัน หรือต้องมีการทำศัลยกรรมเพิ่มเติม เพื่อปรับแต่งเนื้อเยื่อรองรับฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก เนื่องจากผู้ป่วยต้องรอให้เกิดกระบวนการหายของแผลถอนฟันหรือแผลผ่าตัดก่อน อย่างน้อย 8-12 สัปดาห์ภายหลังถอนฟันหรือทำศัลยกรรม (ขึ้นกับกระบวนการหายของแผลของแต่ละบุคคล) จึงจะสามารถให้การรักษาทันตกรรมได้

2. ปัญหาที่เกิดขึ้นได้จากการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก

ทันตแพทย์จะให้การรักษาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อก่อให้เกิดผลดีที่สุดแก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก ถูกทำขึ้นมาเพื่อทดแทนฟันธรรมชาติทั้งหมดที่สูญเสียไป ดังนั้น ประสิทธิภาพของฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก ไม่สามารถเทียบเท่าได้กับฟันธรรมชาติ

การประสบความสำเร็จของการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก ขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ลักษณะเนื้อเยื่อรองรับฟันเทียม การทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้อง (ลิ้น แก้ม ริมฝีปาก) หรือแม้กระทั่งการปรับตัวของผู้ป่วยเอง จึงส่งผลให้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใส่ฟันเทียม มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ไม่สามารถเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น หรือเปรียบเทียบกับฟันเทียมชิ้นอื่น อีกทั้งไม่สามารถนำประสบการณ์ก่อนหน้าจากการใส่ฟันเทียมชุดเดิมมาเปรียบเทียบกับฟันเทียมชุดปัจจุบันได้

ปัญหาต่อไปนี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก และอาจเกิดขึ้นเพียงในช่วงแรกของการใส่ฟันเทียม ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากปัจจัยของตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการปรับตัว จึงจะสามารถเข้าสู่สภาวะปกติได้

- 2.1 ความไม่คุ้นชิน รู้สึกเต็มปาก
- 2.2 น้ำลายมากกว่าปกติ
- 2.3 ความยากลำบากในการพูด และออกเสียงไม่ชัด
- 2.4 ความยากลำบากในการรับประทานอาหาร ทานอาหารไม่อร่อย
- 2.5 รู้สึกจะอาเจียน
- 2.6 เศษอาหารเข้าไปติดใต้ฐานฟันเทียม
- 2.7 ฟันเทียมถอดได้หลวมหรือหลุดขณะใช้งาน ซึ่งมักเกิดขึ้นบ่อยในขากรรไกรล่าง โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีการละลายของกระดูกสันหลังไปค่อนข้างมาก จนก่อให้เกิดปัญหาการขาดการยึดอยู่และเสถียรภาพของฟันเทียม

2.8 ในผู้ป่วยบางรายที่มีอายุมาก หรือมีปัญหาโรคทางระบบ หรือได้รับยาบางอย่าง ที่ส่งผลให้มีน้ำลายน้อยกว่าปกติ จะทำให้เกิดปัญหาการกดเจ็บของฟันเทียม และปัญหาการยึดอยู่ของฟันเทียมได้ง่ายกว่าปกติ

นอกจากนี้ ภายหลังจากใส่ฟันเทียม ในผู้ป่วยบางราย อาจเกิดปัญหาฟันเทียมหลวม และ/หรือ เกิดบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องกับฟันเทียม (อันไม่ได้เกิดจากข้อจำกัดทางกายภาพของเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องกับฟันเทียม หรือการปรับตัวของผู้ป่วยเอง) ผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับมาพบทันตแพทย์เพื่อรับการตรวจและติดตามอาการเป็นระยะ เพื่อปรับแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากฟันเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้อย่างเหมาะสม

3. ความเสี่ยงของการรักษา

ในผู้ป่วยบางราย อาจมีอาการแพ้ Acrylic resin ได้ (โอกาสพบน้อยมาก)

4. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

อิงตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับปรับปรุงล่าสุด

5. การรับประกันชิ้นงาน

ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้งานและดูแลรักษาฟันเทียมอย่างละเอียด เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่จะต้องมาพบทันตแพทย์หากเกิดปัญหาที่ไม่คาดฝันขึ้น

ในกรณีที่เกิดความเสียหายเกิดขึ้นกับฟันเทียม อันเนื่องมาจากการใช้งาน ภายในระยะเวลา 3 เดือน นับจากวันใส่จะละเว้นค่ารักษาพยาบาล

หากพบว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้น ไม่ได้เกิดจากการใช้งาน และ/หรือเกิดจากการแก้ไข ดัดแปลง ปรับแต่งฟันเทียมด้วยตนเอง ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการซ่อมแซม แก้ไข หรือทำฟันเทียมชิ้นใหม่

6. การตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก และได้สอบถามทันตแพทย์ถึงทางเลือก และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับการตอบคำถามถึงขั้นตอน ความเสี่ยง ประโยชน์และค่าใช้จ่ายเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทำการรักษาฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก และยอมรับความเสี่ยงต่าง ๆ และค่าใช้จ่าย ดังที่กล่าวมา

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ทำการรักษาฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูล และยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษา

ลงชื่อ

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย

ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

วันที่เวลา

หมายเหตุ 1. กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาเพียงคนเดียว กรุณาลงบันทึก “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ในช่องลงนามพยานและเซ็นชื่อกำกับ

2. กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ ผู้ปกครองเซ็นชื่อในช่อง ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย