



# เอกสารยินยอมรับการรักษาทันตกรรมประดิษฐ์ (ฟันเทียมถอดได้ชนิดใส่ทันทีหลังถอน)

## โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี HN .....ได้ตัดสินใจเข้ารับ  
การรักษาด้วยการทำฟันเทียมถอดได้ชนิดใส่ทันทีหลังถอน โดยข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำฟันเทียมถอดได้  
ชนิดใส่ทันทีหลังถอน ดังนี้

### 1. วัตถุประสงค์ของการรักษา

ฟันเทียมถอดได้ชนิดใส่ทันทีหลังถอน เป็นเพียงฟันเทียมที่ใช้ชั่วคราว (ฟันเทียมเฉพาะกาล) ทำเพื่อทดแทนซี่ฟันที่  
ถอนออกทันที เพื่อคงความสวยงามให้กับผู้ป่วย และพิจารณาทำฟันเทียมชุดถาวรใหม่ เมื่อเกิดกระบวนการหายของแผลอย่างสมบูรณ์  
(ประมาณ 3-6 เดือน หลังถอนฟัน)

### 2. ข้อจำกัดของฟันเทียม

ทันตแพทย์จะให้การรักษาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อก่อให้เกิดผลดีที่สุดแก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ฟันเทียมถอดได้ชนิด  
ใส่ทันทีหลังถอนถูกเตรียมไว้ล่วงหน้าก่อนที่ผู้ป่วยจะถอนฟัน จึงมีข้อจำกัดเพิ่มเติมนอกเหนือจากการใส่ฟันเทียมทั่วไป ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำขึ้นตอนลงฟันในปาก เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินความสวยงาม ความพึงพอใจในขนาดซี่ฟันเทียม  
ซี่ซี่ฟันเทียม การเรียงตัวและรูปร่างของซี่ฟันเทียมก่อนการดำเนินงานจริงได้

2.2 สันเหงือกในบริเวณช่องว่างที่ใส่ซี่ฟันเทียมทดแทน เป็นสันเหงือกที่เตรียมขึ้นจากการคาดคะเนการหายของแผลถอน  
ฟัน ไม่ใช่สภาพสันเหงือกที่แท้จริงภายหลังการถอนฟัน ดังนั้น ฟันเทียมที่ได้อาจจะไม่แนบ หรือไม่พอดีกับเนื้อเยื่อรองรับฟันเทียม  
ประกอบกับ ช่วงระยะเวลาการเกิดกระบวนการหายของแผลถอนฟันจะมีการยุบตัวของกระดูกเบ้าฟัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ  
การใช้งาน การยึดอยู่และเสถียรภาพของฟันเทียมที่ลดลงได้

2.3 ในช่วงระยะเวลาเกิดกระบวนการหายของแผลถอนฟัน ทันตแพทย์จะใช้วัสดุปรับภาวะเนื้อเยื่อ หรือวัสดุเสริมฐานฟัน  
เทียมชั่วคราวชนิดนุ่มบุเสริมได้ฐานฟันเทียมให้กับผู้ป่วย เพื่อลดการบาดเจ็บของแผลเพิ่มความแนบ การยึดอยู่และเสถียรภาพของ  
ฟันเทียม

2.4 ผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับมาติดตามอาการหลังใส่ฟันเทียม 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง 1 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน  
(ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นกับดุลยพินิจของทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา)

2.5 ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น จากขั้นตอนการเสริมฐานระหว่างรอแผลหาย และการทำฟันเทียมชุดใหม่

นอกจากนี้ ประสิทธิภาพของฟันเทียม ไม่สามารถเทียบเท่าได้กับฟันธรรมชาติ การประสบความสำเร็จ และปัญหาที่เกิดขึ้น  
จากการใส่ฟันปลอม มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ไม่สามารถเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น หรือเปรียบเทียบกับฟันเทียม ชิ้นอื่น  
อีกทั้ง ไม่สามารถนำประสบการณ์ก่อนหน้าจากการใส่ฟันเทียมชุดเดิมมาเปรียบเทียบกับฟันเทียมชุดปัจจุบันได้

### 3. ผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมในการทำฟันเทียมถอดได้ชนิดใส่ทันทีหลังถอน

ผู้ป่วยที่มีสภาวะ หรือโรคทางระบบที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ และ/หรือเกิดปัญหาจากการใช้งาน

3.1 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการตรวจเช็คหลังจากใส่ฟันเทียมได้ตามที่กำหนด

3.2 ผู้ป่วยที่มีสภาวะ หรือโรคทางระบบที่เป็นข้อห้ามของการถอนฟัน

3.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือโรคทางระบบที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่าย

3.4 ฟันที่จะถอนและใส่ฟันเทียมทดแทน มีรอยโรคปลายรากขนาดใหญ่ และ/หรือมีถุงหนองขนาดใหญ่ที่ต้องทำ  
การระบายหนองร่วมด้วย

3.5 ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด

3.6 ผู้ป่วยที่มีสภาวะทางจิตใจที่ไม่เหมาะสมต่อการใส่ฟันเทียม

3.7 ผู้ป่วยที่แพ้วัสดุทำฟันเทียม

#### 4. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

อิงตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับปรับปรุงล่าสุด

#### 5. การรับประกันชิ้นงาน

ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้งานและดูแลรักษาฟันเทียมอย่างละเอียด เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่จะต้องมาพบทันตแพทย์หากเกิดปัญหาที่ไม่คาดฝันขึ้น

ในกรณีที่เกิดความเสียหายเกิดขึ้นกับฟันเทียม อันเนื่องมาจากการใช้งาน ภายในระยะเวลา 3 เดือน นับจากวันใส่จะละเว้นค่ารักษาพยาบาล

แต่หากพบว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้น ไม่ได้เกิดจากการใช้งาน และ/หรือเกิดจากการแก้ไข ดัดแปลง ปรับแต่งฟันเทียมด้วยตนเอง ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการซ่อมแซม แก้ไข หรือทำฟันเทียมชิ้นใหม่

#### 6. การตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำฟันเทียมถอดได้ชนิดใส่ทันทีที่หลังถอน และได้สอบถามทันตแพทย์ถึงทางเลือก และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับการตอบคำถามถึงขั้นตอน ความเสี่ยง ข้อจำกัด ประโยชน์และค่าใช้จ่ายเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทำฟันเทียมถอดได้ชนิดใส่ทันทีที่หลังถอน และยอมรับข้อจำกัด ความเสี่ยงต่าง ๆ และค่าใช้จ่ายดังที่กล่าวมา

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ทำฟันเทียมถอดได้ชนิดใส่ทันทีที่หลังถอน ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูล และยอมรับผลที่จะเกิดขึ้น

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