**เอกสารยินยอมของผู้ปกครองในกรณีทาซิลเวอร์ไดเอมีนฟลูออไรด์ (SDF)**

**คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก โรงพยาบาลทันตกรรม**

วันที่.................................................................................

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)...........................................................เกี่ยวข้องเป็น....................................

(ด.ช./ด.ญ.).......................................................................................อนุญาตให้ ทันตแพทย์ของโรงพยาบาลทันตกรรม

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทำการรักษา โดยการทาซิลเวอร์ไดเอมีนฟลูออไรด์ (SDF)   
เพื่อยับยั้งการผุของฟัน

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับ ความจำเป็น ผลดี และผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์ ของการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวแล้ว โดยมีข้อมูลโดยย่อดังนี้

1. SDF เป็นสารที่มีคุณสมบัติในการฆ่าเชื้อ **สามารถยับยั้งฟันผุและลดอาการเสียวฟัน**   
   ควรมีการทาซ้ำทุก 3-6 เดือน หรือตามที่ทันตแพทย์เห็นว่าเหมาะสม
2. การทา SDF จะทำให้ฟันผุหยุดลุกลาม แต่ฟันยังคงเป็นรูอยู่เช่นเดิม ในบางกรณีอาจยังคงจำเป็นต้องได้รับการบูรณะฟัน
3. จะไม่ทา SDF ในกรณีที่

3.1 มีประวัติแพ้โลหะเงิน

3.2 มีแผลร้อนใน หรือมีแผลเปิด (raw ulcer) ที่บริเวณเหงือก

1. เมื่อทาแล้วสีของฟันเฉพาะบริเวณที่ผุจะเปลี่ยนเป็นสีดำอย่างถาวร ส่วนบริเวณที่ไม่ผุจะไม่เปลี่ยนสี
2. เมื่อโดนผิวหนังหรือเหงือกโดยบังเอิญอาจพบคราบเปื้อนสีน้ำตาลหรือสีขาวที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย ไม่สามารถล้างออกได้ทันทีแต่จะหายไปภายใน 1-3 สัปดาห์
3. เมื่อทา อาจรู้สึกถึงรสโลหะ แต่จะหายไปอย่างรวดเร็ว

ลงชื่อ ...................................................................... ลงชื่อ ......................................................................

(...............................................................................) (...............................................................................)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย

ลงชื่อ ...................................................................... ลงชื่อ ......................................................................

(...............................................................................) (...............................................................................)

พยาน พยาน

วันที่ ........................................เวลา ......................

**หมายเหตุ** 1. กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาเพียงคนเดียว กรุณาลงบันทึก “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ในช่องลงนามพยานและเซ็นชื่อกำกับ

2. กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติ (อายุต่ำกว่า 20 ปี) ผู้ปกครองเซ็นชื่อในช่อง ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย

FR-Pedo-191 Version 0 Effcetive 28/4/2565 P. 1/1

FR-Pedo-062 Version 0 Effcetive 8/11/2559 P. 1/1