



เอกสารยินยอมของผู้ปกครองในกรณีทาสีลเวอร์ไคเอมีนฟลูออไรด์ (SDF)
คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก โรงพยาบาลทันตกรรม

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เกี่ยวข้องกับ.....
(ด.ช./ด.ญ.).....อนุญาตให้ ทันตแพทย์ของโรงพยาบาลทันตกรรม
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทำการรักษา โดยการทาสีลเวอร์ไคเอมีนฟลูออไรด์ (SDF)
เพื่อยับยั้งการผุของฟัน

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับ ความจำเป็น ผลดี และผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์ ของการรักษา
ด้วยวิธีดังกล่าวแล้ว โดยมีข้อมูลโดยย่อดังนี้

1. SDF เป็นสารที่มีคุณสมบัติในการฆ่าเชื้อ สามารถยับยั้งฟันผุและลดอาการเสียวฟัน
ควรมีการทาซ้ำทุก 3-6 เดือน หรือตามที่ทันตแพทย์เห็นว่าเหมาะสม
2. การทา SDF จะทำให้ฟันผุหยุดลุกลาม แต่ฟันยังคงเป็นรูอยู่เช่นเดิม ในบางกรณีอาจยังคงจำเป็นต้อง
ได้รับการบูรณะฟัน
3. จะไม่ทา SDF ในกรณีที่
 - 3.1 มีประวัติแพ้โลหะเงิน
 - 3.2 มีแผลร้อนใน หรือมีแผลเปิด (raw ulcer) ที่บริเวณเหงือก
4. เมื่อทาแล้วสีของฟันเฉพาะบริเวณที่ผุจะเปลี่ยนเป็นสีดำอย่างถาวร ส่วนบริเวณที่ไม่ผุจะไม่เปลี่ยนสี
5. เมื่อโดนผิวหนังหรือเหงือกโดยบังเอิญอาจพบคราบเปื้อนสีน้ำตาลหรือสีขาวยาวที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย
ไม่สามารถล้างออกได้ทันทีแต่จะหายไปภายใน 1-3 สัปดาห์
6. เมื่อทา อาจรู้สึกถึงรสโลหะ แต่จะหายไปอย่างรวดเร็ว

ลงชื่อ
(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ
(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย
ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ
(.....)

พยาน

ลงชื่อ
(.....)

พยาน

วันที่เวลา

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