

คำรับรองการยินยอมเข้ารับทำการรักษา

ในโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

คำรับรองนี้ผู้ป่วยจะต้องลงนามด้วยตนเอง แต่ถ้ายังไม่บรรลุนิติภาวะหรือ
มีความบกพร่องทางร่างกายและสมอง ต้องเป็นญาติใกล้ชิดเป็นผู้ลงนาม

ส่วนที่ 1 คำรับรองการยินยอม/ไม่ยอม การรักษาในโรงพยาบาล (บันทึกทุกรายที่เข้าการรักษาเป็นผู้ป่วยใน)

วันที่.....เวลา.....น. ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ป่วยหรือชื่อญาติ).....เป็น () ผู้ป่วย () ญาติของ
(ชื่อผู้ป่วย).....ยินยอม / ไม่ยินยอม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพ็ญ
โดยแพทย์ / เจ้าหน้าที่ ได้อธิบายให้ข้าพเจ้าได้รับทราบดังนี้

- การวินิจฉัยโรค คือ.....

☐ มีความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะเข้ารับการรักษาเอง

- โดยมีวิธีการรักษา คือ ☐ การให้ยารักษาเฉพาะโรค ☐ การให้ยาปฏิชีวนะ ☐ การผ่าตัด

☐ การให้สารน้ำทางหลอดเลือด ☐ การให้ยารักษาประคับประคองตามอาการของโรค

☐ การดูแลการคลอดบุตร ☐ การผ่าตัดคลอดบุตร ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

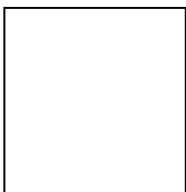
เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ข้าพเจ้า จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลาประมาณวัน

- ผลดี/ผลเสียของการรักษา คือ ☐ การรักษาโรค, ☐ บรรเทาอาการ, ☐ การตรวจเพื่อการวินิจฉัย,
☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ☐ การคลอดบุตร ☐ มดลูกไม่เข้าอู่ ☐ อันตรายต่อทารกในครรภ์
☐ เสียชีวิต ☐ อื่นๆ.....

- ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ☐ การติดเชื้อ ☐ ภาวะเลือดออก ☐ การแพ้ยา ☐ เสียชีวิต

☐ อื่นๆ(ระบุ).....โดยทีมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจะให้การดูแลรักษาแก่ข้าพเจ้าอย่างดีที่สุดและเป็นไปตามมาตรฐาน
วิชาชีพ และหากพบว่าอาการไม่ดีขึ้น หรือมีอาการแยลงภายหลังได้รับการรักษาจะทำการส่งต่อตามระบบการส่งต่อ

โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายหรืออ่านข้อความโดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายมือไว้เป็นหลักฐาน



☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว ☐ ผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

☐ ผู้ป่วยมีญาติมาด้วยคนเดียว

นิ้วหัวแม่มือ ขวา / ซ้าย ของผู้ป่วย / ผู้ให้ความยินยอม ชื่อ.....ในกรณีเขียนไม่ได้

ลงนาม.....ผู้ป่วย / ญาติ

ลงนาม.....ผู้ให้ข้อมูลแพทย์

เกี่ยวข้องกับ (บิดา, มารดา, บุตร, อื่นๆ.....ของผู้ป่วย)

ลงนาม.....พยาน เจ้าหน้าที่ / พยาบาล

ลงนาม.....พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย) เกี่ยวข้องเป็น (บิดา, มารดา, บุตร, อื่น ๆ.....)

วันที่ลงนาม.....เวลา.....น.

ส่วนที่ 2 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว / ผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะที่ไม่มีญาติที่จำเป็นเร่งด่วนในการรักษา

วันที่.....ข้าพเจ้า นพ. / พญ.ได้ประเมินแล้วเห็นสมควรให้การรักษา

ผู้ป่วยชื่อ.....ด้วยวิธีการ.....

ลงนาม.....แพทย์ผู้รักษา

ลงนาม.....พยาน

(.....)

(ตำแหน่ง

ติด Sticker ชื่อและข้อมูลของผู้ป่วย / หรือกรอกข้อมูล
ชื่อ.....
HN.....AN.....
อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน
ตึก.....แผนก.....