

คำรับรองการยินยอมให้แพทย์ทำหัตถการที่เสี่ยง
การให้ส่วนประกอบของเลือด และหรือการใช้ยาระงับความรู้สึก
โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี
คำรับรองนี้ผู้ป่วยจะต้องลงนามด้วยตนเอง แต่ยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือ
มีความบกพร่องทางร่างกายและสมอง ต้องเป็นญาติใกล้ชิดเป็นผู้ลงนาม

ส่วนที่ 1 คำรับรองการยินยอม / ไม่ยินยอมในการผ่าตัดหัตถการที่เสี่ยง / การใช้ยาระงับความรู้สึก

วันที่.....เวลา..... น. ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วยหรือชื่อญาติ).....เป็น () ผู้ป่วย () ญาติ ของ (ชื่อผู้ป่วย).....

ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรค คือ.....จำเป็นต้องได้รับการทำหัตถการที่เสี่ยง

ได้แก่ ☐ การเจาะน้ำไขสันหลัง (Lumbar puncture)(1) ☐ การเจาะ/ใส่สายเพื่อระบายน้ำเลือด/ลมจากปอด(Thoracocentesis 2.1/ICD 2.2)

☐ การเจาะน้ำในท้อง (Paracentesis) (3) ☐ การเจาะข้อ (Arthrocentesis) (4) ที่บริเวณ

☐ การขูดมดลูก (Dilatation & Curettage) (5) ☐ การกรีดระบายหนอง (Incision and Drainage) (6) ที่บริเวณ

☐ การให้เลือดหรือสารประกอบของเลือด.....☐ การล้างรก ☐ การช่วยคลอดโดยใช้เครื่องสุญญากาศ

☐ การช่วยคลอดโดยการใช้เครื่องมือช่วยคลอด ☐ อื่นๆ (ระบุหัตถการและตำแหน่ง).....

() ยินยอม () ไม่ยินยอม การให้ยาระงับความรู้สึก (เฉพาะที่ / เฉพาะส่วน / ทั้งร่างกาย).....

() ยินยอม () ไม่ยินยอม ทำหัตถการ

() ยินยอม () ไม่ยินยอม ทำการรักษา ☐ การให้เลือดหรือสารประกอบของเลือด ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ผลดี/ผลเสียของการทำหัตถการและการรักษา คือ ☐ การรักษาโรค ☐ การตรวจเพื่อการวินิจฉัย

☐ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ☐ เสียชีวิต ☐ อื่นๆ

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ☐ การติดเชื้อ ☐ การเสียเลือด ☐ การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง

☐ การแพ้ยาหรือสารประกอบของเลือดตั้งแต่ระดับรุนแรงน้อยไม่เป็นอันตรายจนถึงขั้นร้ายแรงและเสียชีวิตได้

☐ อันตรายต่อทารกในครรภ์ ☐ เสียชีวิต ☐ อื่น ๆ.....

ซึ่งทีมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจะให้การดูแลรักษาแก่ข้าพเจ้าอย่างดีที่สุดและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายหรืออ่านข้อความหรือดูรูปภาพประกอบเอกสารตามหมายเลขดังกล่าวโดยตลอดแล้วจึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายมือไว้เป็นหลักฐาน



☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว ☐ ผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว

☐ ผู้ป่วยมีญาติมาด้วยคนเดียว

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

ลงนาม.....ผู้ป่วย / ญาติ ลงนาม.....ผู้ให้ข้อมูล แพทย์

เกี่ยวข้องเป็น (บิดา,มารดา,บุตร,อื่นๆ.....ของผู้ป่วย) ลงนาม.....พยาน เจ้าหน้าที่ / พยาบาล

ลงนาม.....พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย) เกี่ยวข้องเป็น (บิดา,มารดา,บุตร,อื่นๆ.....)

วันที่ลงนาม.....เวลา.....น.

ส่วนที่ 2 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว / ผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะที่ไม่มีญาติที่จำเป็นเร่งด่วนในการรักษา

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

ผู้ป่วยชื่อ.....ด้วยวิธีการ.....

ลงนาม.....แพทย์ผู้รักษา ลงนาม.....พยาน

(.....)

(ตำแหน่ง))

ติด Sticker ชื่อและข้อมูลของผู้ป่วย / หรือกรอกข้อมูล

ชื่อ.....

HN.....AN.....

อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน