

หนังสือยินยอมให้ทำการรักษา ผู้ป่วยด้วยการชูดมดลูกเพื่อการวินิจฉัยและรักษา

เขียนที่ โรงพยาบาล สัตหีบ กม.10

วันที่

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....
หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน.....เกี่ยวข้องกับ.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)
เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังนี้

ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับ

- โรคกลุ่มอาการ (.....) แท้งบุตร (.....) เลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก
- ระยะเวลาในการรักษาประมาณ ๑-๒ วัน
- ความจำเป็นที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อชูดมดลูก สังเกตอาการหลังชูดมดลูก
- แผนการรักษา ดื่มน้ำและอาหาร ให้น้ำเกลือทางเส้นเลือด ฉีดยานอนหลับ และยาระงับปวดขณะชูดมดลูก ทำการชูดมดลูก สังเกตอาการ ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังชูดมดลูก
- ทางเลือกการรักษา
๑. การให้ยา ข้อดีไม่เสี่ยงในการทำหัตถการ การให้ยาระงับความรู้สึก ข้อเสีย ใช้ระยะเวลาเลือดหยุดนานกว่า และอาจไม่ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริง การวินิจฉัยล่าช้า
๒. การชูดมดลูก ข้อดีของการรักษาโดยการชูดมดลูก ได้แก่ หยุดเลือดที่ออกได้อย่างรวดเร็ว วินิจฉัยสาเหตุเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกได้ ค่อนข้างแม่นยำจากชิ้นเนื้อที่ได้จากการชูดมดลูก จากที่เห็นหรือจากการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ข้อเสีย คือความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนจากการชูดมดลูก ได้แก่ เสียเลือดมาก ติดเชื้อในโพรงมดลูก มดลูกทะลุ เป็นหมัน

ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล.....ทำการรักษา (ชื่อผู้ป่วย).....

เพื่อวินิจฉัยบำบัดโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การผดุงครรภ์ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจทางแพทย์ เช่น การให้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารใด ๆ เข้าสู่ร่างกายและข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัยรักษาพยาบาลนั้น ๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อรับการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น เมื่อมีเหตุอันสมควร

โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความตลอดแล้ว จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ.....พยานญาติผู้ป่วย
(.....) (.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่
(.....) (.....)

ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาล

ตำแหน่ง พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้

คำยินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัด/การทำหัตถการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ยินยอมให้แพทย์หรือคณะแพทย์ทำการผ่าตัดหรือหัตถการอื่น ๆ รวมทั้งการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและญาติก่อนทำการผ่าตัด/หัตถการ

- ชนิดของการทำผ่าตัดหัตถการ การชูดมดลูก
- วัตถุประสงค์ของการชูดมดลูก (.....) เพื่อหยุดเลือดที่ออก (.....) สิ้นสุดการตั้งครรภ์ที่ไม่สมบูรณ์ (.....) เก็บชิ้นเนื้อเพื่อการส่งตรวจพยาธิวิทยาสาเหตุ
- ให้ยาระงับความรู้สึกเจ็บปวด โดยการฉีดยาระงับปวด และยานอนหลับทางหลอดเลือดดำ
- ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ เสียเลือดมาก ติดเชื้อในโพรงมดลูก มดลูกทะลุ เป็นหมัน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ.....พยานญาติผู้ป่วย
(.....) (.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่
(.....) (.....)

ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาล

ตำแหน่ง พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้