

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วย).....ผู้รับบริการอายุ.....ปี HN.....

ข้าพเจ้า.....ผู้ให้ข้อมูล

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและยินยอมเข้ารับการตรวจรักษาตลอดจนปฏิบัติตามคำแนะนำของคณะแพทย์-พยาบาล ทั้งยินยอมให้ทำการตรวจรักษา และรับการฝากครรภ์ รวมถึงการทำหัตถการต่าง ๆ ตามหลักวิชาชีพทางการแพทย์ได้ ซึ่งข้าพเจ้าได้อ่านและได้รับการชี้แจงเข้าใจถึงผลดี และผลเสีย รวมถึงภาวะแทรกซ้อน อันอาจเกิดจากการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดีแล้วจึงขอมูลที่สำคัญได้แก่

	ผู้ให้ข้อมูล	ผู้รับบริการ	วันที่ให้ข้อมูล
การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องฝากครรภ์ไม่น้อยกว่า ๕ ครั้งตามเกณฑ์			
หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี ภาวะโรค ตับอักเสบ บี หมู่เลือด ภาวะซีด ภาวะเสี่ยงต่อโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย			
การได้รับการฉีควัคซีนบาดทะยัก หากไม่ได้ประวัติการได้รับที่เพียงพอมาก่อน			
การซักประวัติเพื่อหาความเสี่ยงตามคู่มือฝากครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรก และได้รับทราบว่า ☐ ไม่พบความเสี่ยง ☐ พบเสี่ยง.....			
การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง โดยได้รับทราบข้อมูล และข้อจำกัดของการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง และเซ็นรับทราบข้อมูลในเอกสารแสดงความเจตนาเข้ารับการตรวจภายหลังการอ่านหรือได้รับการอธิบายแล้ว			
การทำหัตถการเจาะน้ำคร่ำ ในกรณีมีตั้งครรภ์อายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป เพื่อตรวจหาความเสี่ยงทารกดาวน์ซินโดรม หรือจากข้อบ่งชี้อื่น..... โดยสมัครใจ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลขั้นตอนการทำ ภาวะแทรกซ้อนทางเลือกอื่นได้แก่การเจาะเลือด ข้อดี ข้อเสีย และเซ็นรับทราบข้อมูลในเอกสารรายละเอียดภายหลังการอ่านหรืออธิบายแล้ว			
การทำหัตถการ.....ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลขั้นตอนการทำ ภาวะแทรกซ้อน ทางเลือกอื่นได้แก่การเจาะเลือด ข้อดี ข้อเสีย และเซ็นรับทราบข้อมูลในเอกสารรายละเอียดภายหลังการอ่านหรืออธิบายแล้ว			
ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำการใช้สมุดฝากครรภ์ ข้อปฏิบัติต่างๆระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที			
คำแนะนำการนับลูกดิ้นเมื่ออายุครรภ์ ๗ เดือนขึ้นไป			
.....			