

เขียนที่ โรงพยาบาล สัตหีบ กม.10

วันที่.....

ข้าพเจ้า.(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....

หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)

เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการตรวจทารกในครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ขั้นตอนการตรวจจะตรวจทางหน้าท้อง จะมีการทาเจลใส่ที่บริเวณที่จะวางหัวตรวจลงไป ในบางครั้งอาจมีความจำเป็นที่จะต้องตรวจผ่านทางช่องคลอด จะมีการใส่หัวตรวจขนาดเล็กเข้าไปในช่องคลอด อาจจะทำให้รู้สึกเจ็บหรือไม่สุขสบายเพียงเล็กน้อย

๒. คลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ สามารถสร้างภาพทารกในครรภ์โดยอาศัยการส่งสัญญาณคลื่นเสียงความถี่สูงไปกระทบกับอวัยวะภายในแล้วสะท้อนกลับออกมาเป็นภาพให้เห็นทางจอของเครื่องตรวจซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีรายงานถึงผลเสียหรืออันตรายในการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ทั้งต่อมารดา และทารกในครรภ์แต่อย่างใด

๓. แพทย์ผู้ตรวจจะทำการตรวจและรายงานข้อมูลที่สำคัญซึ่งมีผลต่อการดูแลขณะตั้งครรภ์ เช่น

๒.๑ การมีชีวิตของทารกในครรภ์

๒.๒ อายุครรภ์โดยประมาณการ

๒.๓ จำนวนทารกในครรภ์

๒.๔ ท่าหรือส่วนนำของทารกในครรภ์

๒.๕ ตำแหน่งของรก

๒.๖ ปริมาณน้ำคร่ำ

๒.๗ ความผิดปกติบางชนิดของทารกในครรภ์ที่อาจตรวจพบ

๔. ข้าพเจ้ารับทราบว่า กรณีที่แพทย์ได้ทำการตรวจตามแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและรายงานผลการตรวจว่าไม่พบความผิดปกตินั้น เครื่องมืออัลตราซาวด์ไม่สามารถที่จะยืนยันว่าทารกในครรภ์มีความสมบูรณ์แข็งแรงร้อยเปอร์เซ็นต์หรือไม่มีความผิดปกติใดๆของทุกอวัยวะเนื่องจากความพิการแต่กำเนิดบางชนิดไม่สามารถวินิจฉัยได้ก่อนคลอดหรืออาจจะเกิดขึ้นภายหลังการตรวจในครั้งนั้น อีกทั้งข้อจำกัดของการตรวจที่ภาพการตรวจจะไม่ชัดเจนในบางกรณี เช่น สตรีตั้งครรภ์อ้วนมากหรือมีผนังหน้าท้องหนา น้ำคร่ำน้อยหรือมากเกินไป ทารกอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสมหรือทารกดิ้นมาก เป็นต้น

๕. การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ เป็นเพียงเครื่องมือช่วยในการวินิจฉัยทารกในครรภ์เท่านั้น อาจมีความคลาดเคลื่อน และไม่สามารถวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์ได้ถูกต้องทั้งหมด

๖. ข้าพเจ้าได้สอบถามเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์และได้อ่านข้อความทั้งหมดอย่างละเอียดรอบคอบ ซึ่งข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดี จึงได้ลงลายมือชื่อแสดงเจตนาเข้ารับการตรวจทารกในครรภ์ ด้วยคลื่นความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

() ผู้ป่วย/ () ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....(ผู้ตรวจ)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน/แพทย์)

(.....)