

หนังสือรับทราบและความยินยอมให้ทำการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

โรงพยาบาล สัตหีบ กม.10

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....เวลา.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... O ผู้ป่วย O ผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วย

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วยชื่อ (นาย, นาง, นางสาว).....

รายละเอียดต่อไปนี้ เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยควรรับทราบและยินยอมให้
ทำการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค.....

จำเป็นต้อง O รับการผ่าตัด..... ข้อบ่งชี้ O เพื่อวินิจฉัยโรค
O รับทำหัตถการ..... O เพื่อบรรเทาอาการ
O รับการรักษา..... O.....

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

- * เสียเลือดมาก
- * อวัยวะข้างเคียงที่ผ่าตัดอาจได้รับการบาดเจ็บ
- * การติดเชื้อแผลผ่าตัด/ ติดเชื้อในกระแสเลือด
- * ความผิดปกติของระบบหัวใจ ไต ปอด สมอง ฯลฯ
- * โรคประจำตัวอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้น
- * พิกัด/เสียชีวิต
- * อื่นๆ

ทางเลือกการรักษา

ข้อดี.....ข้อเสีย

หมายเหตุ: ภาวะที่ไม่คาดคิดที่เกิดขึ้นได้ (ภาวะเร่งด่วนในขณะนั้น) แพทย์สามารถให้ดุลยพินิจเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาได้

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับโรค การรักษา ผ่าตัด หัตถการซึ่งมีความจำเป็นต่อการ
ตัดสินใจในการให้ความยินยอมรักษา ผ่าตัด หัตถการ ประกอบกับข้าพเจ้าทราบคืออยู่แล้วว่าการรักษา ผ่าตัด หัตถการนั้นยัง
มีข้อจำกัดอื่นๆอยู่อีกมาก ทำให้การรักษา ผ่าตัด หัตถการนี้อาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ จึงขอแสดงความประสงค์

O ยินยอมรับการรักษา O ไม่ยินยอมรับการรักษา

จึงได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม

ลงชื่อ.....แพทย์/พยาบาล

(.....)

(.....) ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง.....

O ผู้ป่วยมาคนเดียว