

หนังสือรับทราบและไม่ยินยอมให้ทำการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

โรงพยาบาล สัตหีบ กม.10

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.เวลา.....

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

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโรค การรักษา ผ่าตัด หัตถการ จนเป็นที่พอใจจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ถึงผลการรักษาแล้วข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษา ผ่าตัด หัตถการ ทั้งนี้หากมีเหตุเสียหายหรืออันตรายเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่เอาผิดแก่โรงพยาบาล.....

จึงได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ไม่ให้คำยินยอม ลงชื่อ.....แพทย์/พยาบาล
(.....) (.....) ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย ตำแหน่ง.....

☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว

หมายเหตุ: (ก) ใช้ในกรณีรับไว้เป็นผู้ป่วยใน (ข) ใช้ในกรณีทำการผ่าตัด/ หัตถการ/ ตรวจวินิจฉัยพิเศษหรือมีความเสี่ยง (ก+ข) ใช้ทั้ง 2 กรณี

1. ให้รับทราบรายละเอียดข้อมูลทุกครั้ง ก่อนการลงลายมือชื่อในแบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา/ ทำหัตถการ ผู้ให้คำยินยอมได้แก่

1.1 ผู้ป่วย กรณีบรรลุนิติภาวะและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

1.2 สมาชิกหรือภรรยาตามกฎหมาย กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สึกรู้ตัว)

1.3 ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

1.4 ผู้อนุญาต กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ

1.5 ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

2. กรณีผู้ให้ความยินยอมลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อโดยต้องระบุว่าใช้นิ้วใดและใส่ชื่อเจ้าของลายพิมพ์นิ้วมือในวงเล็บกำกับไว้

3. กรณีผู้ป่วยไม่มีญาติหรือผู้นำส่ง ให้ระบุเพิ่มเติมไว้ในช่องพยานว่า "มาคนเดียวไม่มีญาติ"