

โรงพยาบาล สตึก กม.10	ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....
	HN.....AN.....
	เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่.....
	สิทธิการรักษาพยาบาล.....

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและความยินยอมรับการตรวจรักษาผู้ป่วยใน สำหรับทารกแรกเกิด

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ในฐานะ () ผู้ป่วย หรือ
 () ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยซึ่งเป็นทารกแรกเกิด ชื่อ.....
 เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....
 ได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับโรค/กลุ่มอาการ/ภาวะ.....ของผู้ป่วย
 จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ () เพื่อการพยาบาลและดูแลหลังคลอด
 () บรรเทา/รักษาอาการของโรค, ผ่าตัด, หัตถการ, ตรวจพิเศษ ที่(ชื่อหอผู้ป่วย).....
 () อื่นๆ.....
 แนวทางการรักษา () ให้ออกซิเจน () ให้สารน้ำ () ให้สารอาหาร () ไข้ยา () พ่นยาละอองฝอย
 () ให้เลือด/ส่วนประกอบของเลือด () เข้าตูบ
 () อื่นๆ.....
 ข้อดีของการรักษา () ได้รับการตรวจประเมินทารกแรกเกิด ตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแรกเกิด/
 โรคหัวใจชนิดเขียวแต่กำเนิด/ภาวะตัวเหลือง/ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
 () ได้รับการตรวจวินิจฉัย และรักษา ภาวะผิดปกติและความเจ็บป่วยในเบื้องต้น
 ข้อเสียของการรักษา.....
 ทางเลือกในการรักษา () ถ้าไม่เข้ารับการรักษาดูแลเป็นผู้ป่วยใน อาจทำให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า
 ผลการรักษา () ต้องใช้เวลาในการรักษาประมาณ ๓ วัน ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม
 () ต้องใช้เวลาในการรักษาประมาณ.....วัน (ระบุเหตุผล).....

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน () ตัวเหลือง () น้ำตาลในเลือดต่ำ () สะดืออักเสบ () การหายใจ
 () ติดเชื้อในกระแสเลือด () ติดเชื้อในโรงพยาบาล () แพ้ยา () แพ้เลือด
 () อื่นๆ.....

ในกรณีระหว่างการผ่าตัดหากพบเหตุผิดปกติอื่นแพทย์สามารถใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการอื่นเพื่อให้การรักษาได้
 ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูล เข้าใจและยอมรับความเสี่ยงดังกล่าว จึงขอแสดงความประสงค์
 () ยินยอมให้ทำการรักษาผู้ป่วย () ไม่ยินยอมให้ทำการรักษาผู้ป่วย

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน
 ()

ลงชื่อ..... พยาน(ญาติ)
 ()

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล
 ()

ลงชื่อ..... พยาน(เจ้าหน้าที่)
 ()

ตำแหน่ง.....