**หนังสือรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

 วันที่........................................เวลา...............น.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....................................นามสกุล...............................................อายุ..............ปี

ซึ่งเป็น 🞎ผู้ป่วย หรือ 🞎เป็นผู้แทนผู้ป่วยในฐานะ........................... ของผู้ป่วย

ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค/กลุ่มอาการ/ภาวะ..............................................................................................

จำเป็นต้องรับการรักษาในการรักษาในการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ

( ) ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ( ) ทำหัตการ / ผ่าตัด ( ) ตรวจพิเศษ ( ) บรรเทา / รักษาอาการของโรค

( ) อื่นๆ......................................................................................................................................................

แนวทางการรักษา

( ) ให้สารน้ำ ( ) ใช้ยา ( ) พ่นยาละอองฝอย ( ) ให้เลือด / ส่วนประกอบของเลือด ( )อื่นๆ..........................

ข้อดีการรักษา......................................................................................................................................................

ข้อเสียของการรักษา..............................................................................................................................................

ทางเลือกในการรักษา...........................................................................................................................................

ผลการรักษา.........................................................................................................................................................

ระยะเวลาในการรักษา..........................................................................................................................................

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน

 ( ) ติดเชื้อในโรงพยาบาล ( ) แพ้ยา ( ) แพ้เลือด ( ) อื่น...............................................................................

ในกรณีระหว่างการผ่าตัดหากพบเหตุผิดปกติอื่น แพทย์สามารถใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการอื่นเพื่อให้การรักษาได้

 ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูล เข้าใจและยอมรับความเสี่ยงดังกล่าว จึงขอแสดงความประสงค์

🞎ยินยอมให้ทำการรักษาผู้ป่วย 🞎ไม่ยินยอมให้ทำการรักษาผู้ป่วย

ลงชื่อ........................................................ผู้ให้คำยินยอม ลงชื่อ................................................พยาน( ญาติผู้ป่วย )

(.........................................................) (...........................................................)

🞎ผู้ป่วย 🞎..................... ของผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...............................

 🞎ผู้ป่วยมาคนเดียว🞎 ญาติมาคนเดียว

ลงชื่อ..........................................ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ..................................................พยาน(เจ้าหน้าที่ )

 (...................................................) (........................................................)

 ตำแหน่ง แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

 เวชระเบียน 2561/004

ติดสติ๊กเกอร์