**หนังสือรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษา ผ่าตัด หัตถการ**

**โรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

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

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

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

 รายละเอียดต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจการทำการแทนผู้ป่วยควรรับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค................................................................

จำเป็นต้อง( ) รับการผ่าตัด................................. ข้อบ่งชี้ ( ) เพื่อวินิจฉัยโรค

 ( ) รับทำหัตถการ............................... ( ) เพื่อบรรเทาอาการ

 ( ) รับทำการรักษา............................. ( ) ........................................

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

 \* เสียเลือดมาก \* อวัยวะข้างเคียงที่ผ่าตัดอาจได้รับบาดเจ็บ

 \* การติดเชื้อแผลผ่าตัด / ติดเชื้อในกระแสเลือด \* ความผิดปกติของระบบหัวใจ ไต ปอด สมอง ฯลฯ

 \* โรคประจำตัวอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้น \* พิการ / เสียชีวิต

 \* อื่นๆ .............................................................

ทางเลือกการรักษา................................................................................................................................................

ข้อดี......................................................................................................................................................................

ข้อเสีย....................................................................................................................................................................

อาจเกิดภาวะที่ไม่คาดคิดที่เกิดขึ้นได้( ภาวะเร่งด่วนในขณะนั้น )แพทย์สามารถให้ดุลยพินิจเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาได้

 ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับโรค การรักษา ผ่าตัด หัตถการซึ่งมีความจำเป็นต่อการตัดสินใจในการให้ความยินยอมรักษา ผ่าตัด หัตถการ ประกอบกับข้าพเจ้าทราบดีอยู่แล้วว่าการรักษา ผ่าตัด หัตถการ นั้นยังมีข้อจำกัดอื่นๆอยู่อีกมาก ทำให้การรักษา ผ่าตัด หัตถการนี้อาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ จึงขอแสดงความประสงค์

🞎ยินยอมให้ทำการรักษาผู้ป่วย 🞎ไม่ยินยอมให้ทำการรักษาผู้ป่วย

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

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

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

 🞎ผู้ป่วยมาคนเดียว🞎 ญาติมาคนเดียว

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

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

 ตำแหน่ง แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

 เวชระเบียน 2561/005

ติดสติ๊กเกอร์

ติดสติ๊กเกอร์