**หนังสือรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการผ่าตัดทำหมันโรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

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

ชื่อ – สกุล ผู้ป่วย ............................................................................ อายุ...............ปี

หรือผู้มีอำนาจกระทำแทน ชื่อ.........................................................เกี่ยวข้องเป็น...................................ของผู้ป่วย

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์โรงพยาบาลสัตหีบกม.10 ทำการรักษา

วิธีการ

🞎ทำหมันหลังคลอด โดยทั่วไปแพทย์จะทำหมันหลังคลอดภายใน 1 – 3 วัน หลังจากที่ให้ยาระงับความรู้สึก แพทย์จะผ่าตัดเปิดหน้าท้องบริเวณใต้สะดือหรือต่ำกว่านั้น เป็นแผลยาวประมาณ 2 – 3 ซม.และใช้เครื่องมือจับและผูกและ / หรือตัดท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้าง แล้วจึงเย็บปิดหน้าท้อง

🞎ทำหมันแห้ง ทำเมื่อหญิงนั้นไม่อยู่ระยะหลังคลอดและแน่ใจว่าไม่ได้ตั้งครรภ์ หลังจากที่ให้ยาระงับความรู้สึก

ก. แพทย์จะผ่าตัดเปิดหน้าท้องบริเวณสะดือ เป็นแผลยาวประมาณ 2 – 4 ซม และสอดเครื่องมือเข้าไป ส่องดูในอุ้งเชิงกราน และใช้อุปกรณ์เล็กๆ คล้ายห่วงยางไปรัดท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้างให้ตีบตัน แล้วจึงเอาเครื่องมือออก และเย็บปิดแผลผ่าตัด

ข. แบบอาจมีการใส่เครื่องมือยกมดลูกทางช่องคลอด และแพทย์จะผ่าตัดเปิดหน้าท้องบริเวณเหนือหัวเหน่า เป็นแผลยาวประมาณ 2 – 4 ซม และใช้เครื่องจับผูกและตัดท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้าง แล้วจึงเย็บปิดหน้าท้อง

ข้าพเจ้าได้ขอให้แพทย์ทำการผ่าตัดทำหมัน ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการผ่าตัดนี้จะทำให้เป็นหมัน ซึ่งการแก้หมันในภายหลังทำได้ยาก ข้อมูลทางการแพทย์ขณะนี้พบว่าผู้ที่ได้รับการทำหมันหญิงแล้ว จะเป็นหมันโดยไม่ต้องคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นอีก แต่ก็ยังอาจตั้งครรภ์ได้อีก อัตราการตั้งครรภ์หลังทำหมัน พบได้ 4 รายใน1,000 รายและ 1 ใน 3 ของผู้ที่ตั้งครรภ์อาจเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก ดังนั้น ผู้ที่สงสัยว่าอาจตั้งครรภ์ ควรรีบปรึกษาแพทย์

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ การระงับความรู้สึก การอักเสบติดเชื้อ เลือดออกในช่องท้อง หรือก้อนเลือดบริเวณผ่าตัด แผลไม่ติด เกิดอันตรายต่ออวัยวะอื่นในช่องท้อง โดยทั่วไปภาวะแทรกซ้อนนี้ไม่พบบ่อย ไม่รุนแรงและสามารถรักษาได้ไม่ยาก ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหมันแห้ง ในกรณีที่ใช้เครื่องส่องดูในอุ้งเชิงกราน จะรู้สึกแน่นท้อง ท้องอืด ปวดไหล่ เนื่องจากขณะที่ทำหมัน ต้องใสก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง แต่จะหายได้เอง

ข้าพเจ้าได้รับทราบโดยละเอียดถึงผลที่จะได้รับหลังการผ่าตัดทำหมัน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดทั้งทราบดีว่ามีวิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่นๆ อีกที่ข้าพเจ้าจะเลือกใช้ได้ แต่ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้แพทย์ทำหมัน และยอมรับผลที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว ข้าพเจ้าจะยกเลิกความยินยอมนี้เมื่อไหร่ก็ได้ก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดทำหมัน

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

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

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

🞎ผู้ป่วยมาคนเดียว🞎 ญาติมาคนเดียว

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

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

ตำแหน่ง แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

ข้าพเจ้าขอยกเลิกความยินยอมการผ่าตัดทำหมัน ลงชื่อ......................................................ผู้ให้คำยินยอม

วันที่............................... เวลา..................น. (...........................................................)

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

ติดสติ๊กเกอร์

เวชระเบียน 2561/009