**หนังสือรับทราบข้อมูลและแสดงความยินยอมรับการฝากครรภ์และการตรวจรักษา**

**โรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

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

ข้าพเจ้า นาง/นางสาว.................................นามสกุล..........................................อายุ..............ปี HN………………..

ข้าพเจ้า..................................................................................ผู้ให้ข้อมูล

 ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและยินยอมเข้ารับการตรวจรักษาตลอดจนปฏิบัติตามคำแนะนำของคณะแพทย์ พยาบาล ทั้งยินยอมให้ทำการตรวจรักษา และรับการฝากครรภ์ รวมถึงการทำหัตถการต่างๆ ตามหลักวิชาชีพทางการแพทย์ได้ ซึ่งข้าพเจ้าได้อ่านและได้รับการชี้แจงเข้าใจถึงผลดี และผลเสีย รวมถึงภาวะแทรกซ้อน อันอาจเกิดจากการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดีแล้วซึ่งข้อมูลที่สำคัญได้แก่

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ผู้ให้ข้อมูล | ผู้รับบริการ | วันที่ให้ข้อมูล |
| การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องฝากครรภ์ไม่น้อยกว่า 5 ครั้งตามเกณฑ์ |  |  |  |
| หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี กามโรค ตับอักเสบบี หมู่เลือด ภาวะซีด ภาวะเสี่ยงต่อโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย |  |  |  |
| การได้รับการฉีดวัคซีนบาดทะยัก หากไม่ได้ประวัติการได้รับที่เพียงพอมาก่อน |  |  |  |
| การซักประวัติเพื่อหาความเสี่ยงตามคู่มือฝากครรภ์ครั้งแรก และได้รับทราบว่า🞎ไม่พบความเสี่ยง 🞎 พบเสี่ยง........................................................... |  |  |  |
| การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง โดยได้รับทราบข้อมูล และข้อจำกัดของการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง และเซ็นรับทราบข้อมูลในเอกสารแสดงเจตนาเข้ารับการตรวจภายหลังการอ่านหรือได้รับการอธิบายแล้ว |  |  |  |
| การทำหัตถการเจาะน้ำคร่ำ ในกรณีมีการตั้งครรภ์อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป เพื่อตรวจหาความเสี่ยงทารกดาวน์ซินโดรม หรือจากข้อบ่งชี้อื่น............. โดยสมัครใจ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลขั้นตอนการทำ ภาวะแทรกซ้อนทางเลือกอื่นได้แก่การเจาะเลือด ข้อดี ข้อเสีย และเซ็นรับทราบข้อมูลในเอกสารรายละเอียดภายหลังการอ่านหรืออธิบายแล้ว |  |  |  |
| การทำหัตถการ...................................ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลขั้นตอนการทำ ภาวะแทรกซ้อน ทางเลือกอื่นได้แก่การเจาะเลือด ข้อดี ข้อเสีย และเซ็นรับทราบข้อมูลในเอกสารรายละเอียดภายหลังการอ่านหรืออธิบายแล้ว |  |  |  |
| ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำการใช้สมุดฝากครรภ์ ข้อปฏิบัติต่างๆ ระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที คำแนะนำการนับลูกดิ้นเมื่ออายุครรภ์ 7 เดือนขึ้นไป |  |  |  |

ติดสติ๊กเกอร์

เวชระเบียน 2561/012