**หนังสือรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

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

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

ซึ่งเป็น 🞎ผู้ป่วย หรือ 🞎เป็นผู้แทนในฐานะ......................ของผู้ป่วยชื่อ............................สกุล........................

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