**หนังสือรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการตรวจรักษาผู้ป่วยใน สำหรับทารกแรกเกิด**

**โรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

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

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

ในฐานะ............................ ของผู้ป่วยซึ่งเป็นทารกแรกเกิดชื่อ.....................................................................................

ได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับโรค/กลุ่มอาการ/ภาวะ........................................................ของผู้ป่วย

จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ ( ) เพื่อการพยาบาลและดูแลหลังคลอด

 ( ) บรรเทา/รักษาอาการของโรค,ผ่าตัด,หัตการ,ตรวจพิเศษที่ (ชื่อหอผู้ป่วย)............................................................

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

แนวทางการรักษา ( ) ให้ออกซิเจน ( ) ให้สารน้ำ ( ) ให้สารอาหาร ( ) ใช้ยา ( ) พ่นยาละอองฝอย

( ) ให้เลือด/ส่วนประกอบของเลือก ( ) เข้าตู้อบ ( ) อื่นๆ.....................................................................................

ข้อดีของการรักษา ( )ได้รับการตรวจประเมินทารกแรกเกิด ตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแรกเกิด

/ โรคหัวใจชนิดเขียวแต่กำเนิด/ภาวะตัวเหลือง/ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

 ( ) ได้รับการตรวจวินิจฉัย และการรักษา ภาวะผิดปกติและความเจ็บป่วยในเบื้องต้น

ข้อเสียของการรักษา ( ) หากไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ทางเลือกในการรักษา ( ) ถ้าไม่เข้ารับการดูแลเป็นผู้ป่วยใน อาจทำให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า

ผลการรักษา ( ) ต้องใช้เวลาในการรักษาประมาณ 3 วัน ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม

 ( ) ต้องใช้เวลาในการรักษาประมาณ ..........วัน (ระบุเหตุผล) ......................................................

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ( ) ตัวเหลือง ( ) น้ำตาลในเลือดต่ำ ( ) สะดืออักเสบ ( ) การหายใจ

 ( ) ติดเชื้อในการะแสเลือด ( ) ติดเชื้อในโรงพยาบาล ( ) แพ้ยา ( ) แพ้เลือด

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

ในกรณีระหว่างผ่าตัดหากพบเหตุผิดปกติอื่นแพทย์สามารถใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการอื่นเพื่อให้การรักษาได้

 ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลเข้าใจและยอมรับความเสี่ยงดังกล่าว จึงขอแสดงความประสงค์

🞎ยินยอม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ 🞎ไม่ยินยอม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้

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

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

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

 🞎 ผู้ป่วยมาคนเดียว 🞎 ญาติมาคนเดียว

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

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

 ตำแหน่ง แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

เวชระเบียน 2561/007

ติดสติ๊กเกอร์