**หนังสือยินยอมให้ทำการรักษาผู้ป่วยด้วยการขูดมดลูกเพื่อการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

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

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

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

 **ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังนี้** **ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและญาติแรกรับ**

 - โรคกลุ่มอาการ ( ) แท้งบุตร ( ) เลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก

 - ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 1 – 2 วัน

 - ความจำเป็นที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อขูดมดลูก สังเกตอาการหลังขูดมดลูก

 - แผนการรักษา งดน้ำและอาหาร ให้น้ำเกลือทางเส้นเลือด ฉีดยานอนหลับ และยาระงับปวดขณะขูดมดลูก ทำการขูดมดลูก สังเกตอาการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังขูดมดลูก

 - ทางเลือกการรักษา

 1. การให้ยา ข้อดีไม่เสี่ยงในการทำหัตถการ การให้ยาระงับความรู้สึก ข้อเสีย ใช้ระยะเวลาเลือดหยุดนานกว่า และอาจไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง วินิจฉัยล่าช้า

 2. การขูดมดลูก ข้อดีของการรักษาโดยการขูดมดลูก ได้แก่ หยุดเลือดที่ออกได้อย่างรวดเร็ว วินิจฉัยสาเหตุเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกได้ ค่อนข้างแม่นยำจากชิ้นเนื้อที่ได้จากการขูดมดลูก จากที่เห็นหรือจากการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ข้อเสียคือความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนจากขูดลูก ได้แก่ เสียเลือดมาก ติดเชื้อในโพรงมดลูก มดลูกทะลุ เป็นหมัน

ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสัตหีบกม.10 ทำการรักษาผู้ป่วย เพื่อวินิจฉัยบำบัดโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การผดุงครรภ์ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจทางการแพทย์ เช่น การให้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารใดๆ เข้าสู่ร่างกายและข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัยรักษาพยาบาลนั้นๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อรับการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น เมื่อมีเหตุอันสมควร

 โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความตลอดแล้ว จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

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

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

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

 🞎ผู้ป่วยมาคนเดียว 🞎ญาติมาคนเดียว

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

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

 ตำแหน่ง แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

**คำยินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัด/การทำหัตถการ**

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัดหรือหัตถการอื่นๆ รวมทั้งการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและญาติก่อนทำการผ่าตัด/หัตถการ

- ชนิดของการทำผ่าตัดหัตถการ การขูดมดลูก

- วัตถุประสงค์ของการขูดมดลูก

( ) เพื่อหยุดเลือดที่ออก ( ) สิ้นสุดการตั้งครรภ์ที่ไม่สมบูรณ์ ( ) เก็บชิ้นเนื้อเพื่อการส่งตรวจพยาธิวิทยาหาสาเหตุ

 - ให้ยาระงับความรู้สึกเจ็บปวด โดยการฉีดยาระงับปวด และยานอนหลับทางหลอดเลือดดำ

 - ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ เสียเลือดมาก ติดเชื้อในโพรงมดลูก มดลูกทะลุ เป็นหมัน

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

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

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

 🞎ผู้ป่วยมาคนเดียว 🞎 ญาติมาคนเดียว

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

 ตำแหน่ง แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

ติดสติ๊กเกอร์

เวชระเบียน 2561/010

ติดสติ๊กเกอร์

เวชระเบียน 2561/010

ติดสติ๊กเกอร์