**หนังสือแสดงความยินยอม / เจตนาเข้ารับการตรวจทางสูติศาสตร์คลื่นเสียงความถี่สูง**

**(อัลตราซาวด์)ทางสูติกรรมโรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

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

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

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการตรวจทารกในครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการตรวจจะตรวจทางหน้าท้อง จะมีการทาเจลใสๆที่บริเวณที่จะวางหัวตรวจลงไป ในบางครั้งอาจมีความจำเป็นที่จะต้องตรวจผ่านทางช่องคลอด จะมีการใส่หัวตรวจขนาดเล็กเข้าไปในช่องคลอด อาจจะทำให้รู้สึกเจ็บหรือไม่สุขสบายเพียงเล็กน้อย

2. คลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ สามารถสร้างภาพทารกในครรภ์โดยอาศัยการส่งสัญญาณคลื่นเสียงความถี่สูงไปกระทบกับอวัยวะภายในแล้วสะท้อนกลับออกมาเป็นภาพให้เห็นทางจอของเครื่องตรวจซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีรายงานถึงผลเสียหรืออันตรายในการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ทั้งต่อมารดา และทารกในครรภ์แต่อย่างไร

3. แพทย์ผู้ตรวจจะทำการตรวจและรายงานข้อมูลที่สำคัญซึ่งมีผลต่อการดูแลขณะตั้งครรภ์ เช่น

3.1 การมีชีวิตของทารกในครรภ์

3.2 อายุครรภ์โดยประมาณการ

3.3 จำนวนทารกในครรภ์

3.4 ท่าหรือส่วนนำของทารกในครรภ์

3.5 ตำแหน่งของรก

3.6 ปริมาณน้ำคร่ำ

3.7 ความผิดปกติบางชนิดของทารกในครรภ์ที่อาจตรวจพบ

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่า กรณีที่แพทย์ได้ทำการตรวจตามแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและรายงานผลการตรวจว่าไม่พบความผิดปกตินั้น เครื่องมืออัลตราซาวด์ไม่สามารถที่จะยืนยันว่าทารกในครรภ์มีความสมบูรณ์แข็งแรงร้อยเปอร์เซ็นต์หรือไม่มีความผิดปกติใดๆของทุกอวัยวะ เนื่องจากความพิการแต่กำเนิดบางชนิด ไม่สามารถวินิจฉัยได้ก่อนคลอดหรืออาจจะเกิดขึ้นภายหลังการตรวจในครั้งนั้นอีกทั้งข้อจำกัดของการตรวจที่ภาพการตรวจจะไม่ชัดเจนในบางกรณี เช่นสตรีตั้งครรภ์อ้วนมากหรือผนังหน้าท้องหนา น้ำคร่ำน้อยหรือมากเกินไป ทารกอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสมหรือทารกดิ้นมากเป็นต้น

5. การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ เป็นเพียงเครื่องมือช่วยในการวินิจฉัยทารกในครรภ์เท่านั้น อาจมีความคลาดเคลื่อน และ**ไม่สามารถวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์ได้ถูกต้องทั้งหมด**

6. ข้าพเจ้าได้สอบถามเจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์และได้อ่านข้อความทั้งหมดอย่างละเอียดรอบคอบ ซึ่งข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดี จึงได้ลงลายมือชื่อแสดงเจตนาเข้ารับการตรวจทารกในครรภ์ ด้วยคลื่นความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ต่อหน้าพยาน

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

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

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

🞎ผู้ป่วยมาคนเดียว🞎 ญาติมาคนเดียว

ลงชื่อ.............................................ผู้ตรวจ ลงชื่อ................................................พยาน(เจ้าหน้าที่ )

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

ตำแหน่ง แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

ติดสติ๊กเกอร์

เวชระเบียน 2561/013