**หนังสือยินยอมการทำหัตถการการใส่ท่อระบายทางทรวงอก(ICD)**

**โรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

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

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

**เหตุผลและความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาล** : การใส่ท่อระบายทางทรวงอกเพื่อรักษาภาวะเหนื่อยหอบ จากมีลมหรือเลือดออกในทรวงอก

**วิธีการรักษา** : ใส่ท่อระบายทรวงอก

การใส่ท่อระบายทรวงอก คือ การใส่ท่อพลาสติกผ่านทางช่องระหว่างกระดูกซี่โครงเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด เพื่อระบายลมหรือเลือดออกมา เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยจากภาวะลมหรือเลือดรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

**สาเหตุของการใส่ท่อระบายทรวงอกคือ**

( ) มีลมรั่วจากโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุ ( ) มีเลือดออกจากอุบัติเหตุทางช่องอก

( ) ระบายน้ำหรือหนองออกจากช่องอก ( ) อื่นๆ ระบุ......................................................

**ข้อดี** : 1.เพื่อระบายลมหรือเลือดที่ออกในช่องเยื่อหุ้มปอด โดยการต่อลงขวด 1 – 2 ขวด

 2.เพื่อระบายน้ำหรือหนองออก

**ข้อเสีย** : เจ็บเวลาฉีดยาระงับความรู้สึก และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะเช่นมีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

**การใช้ยาบรรเทาอาการเจ็บปวด** : ใช้ยาชาเฉพาะที่

**ระยะเวลาในการทำหัตถการ** : ประมาณ 15 – 30 นาที

ติดสติ๊กเกอร์

**ระยะเวลาที่ต้องนอนโรงพยาบาล** : ประมาณ 3 – 7 วัน ขึ้นอยู่กับปริมาณลมหรือเลือดที่รั่วออกมา หรือขึ้นอยู่กับการขยายตัวของปอด

**ภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ก่อน ระหว่าง และภายหลังการใส่ท่อระบายทรวงอก**

: มีลมรั่วเพิ่มขึ้นในช่องเยื่อหุ้มปอด

: เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาชาเฉพาะที่

: เกิดเลือดออกจากการกระทบกระเทือนหลอดเลือดระหว่างกระดูกซี่โครง

**ผลการรักษา** : ปอดขยายตัวเพิ่มมากขึ้น บรรเทาอาการเหนื่อย

**ข้าพเจ้าได้อ่าน / รับทราบ และซักถาม เข้าใจข้อความทั้งหมดเป็นอย่างดี จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน**

 **ไม่ยินยอม** เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อ**การรักษาใส่ท่อระบายทรวงอก** วันที่.........................................................

 **ยินยอม** เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อ**การรักษาใส่ท่อระบายทรวงอก** วันที่.........................................................

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

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

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

 🞎ผู้ป่วยมาคนเดียว 🞎 ญาติมาคนเดียว

ลงชื่อ................................ แพทย์/ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ.......................................พยาน(เจ้าหน้าที) (.........................................................) (.................................................)

 ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

ติดสติ๊กเกอร์