**หนังสือยินยอมการให้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิต**

**โรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

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

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

**วัตถุประสงค์ของการทำหัตถการหรือการรักษา**

1.เพื่อทดแทนเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยโลหิตจาง

2.เพื่อทดแทนเม็ดเลือดจากการเสียโลหิตฉับพลันและภาวะช็อค

3.เพื่อการรักษาภาวะโลหิตออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำหรือเกล็ดเลือดทำงานผิดปกติ

4.เพื่อการรักษาผู้ป่วยที่ขาดปัจจัยการแข็งของเลือดหลายชนิดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตออก

**ผลที่คาดว่าจะได้รับและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น**

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.ผู้ป่วยอาการดีขึ้น

2.ผู้ป่วยหายขาดจากโรค

ความสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น

1.เกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกเนื่องจากให้โลหิตผิดหมู่

2.เกิดจากการติดเชื้อ โรคเอดส์,ไวรัสตับอักเสบ และโรคซิฟิลิส รวมถึงเชื้อแบคทีเรีย

3.เกิดการแพ้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

4.เกิดภาวะน้ำเกินจากการได้รับโลหิตจำนวนมาก

ผลที่ได้รับหากไม่มีการรักษา

1.อาการผู้ป่วยแย่ลง

2.เสียชีวิต

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในช่วงพักฟื้น :เกิดภาวะแพ้โลหิต

**ข้อปฏิบัติก่อนทำหัตการ**

1.ให้ข้อมูลแก่ผู่ป่วย หรือญาติให้ถึงความจำเป็นของการให้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิต แนะนำภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการสังเกตภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ

ติดสติ๊กเกอร์

2.ตรวจสอบข้อมูลที่บ่งชี้ตัวผู้ป่วยกับยูนิตโลหิตที่จะให้ ให้ถูกต้องตรงกัน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย หอผู้ป่วย หมู่โลหิต เลขที่ยูนิต เป็นต้น

3.โลหิตที่เบิกมาจากธนาคารเลือดต้องนำส่งในภาชนะที่ควบคุมที่ควบคุมรักษาอุณหภูมิควรเบิกเฉพาะการใช้แต่ละครั้งและนำมาให้ผู้ป่วยทันทีไม่นำโลหิตตั้งทิ้งไว้ในอุณหภูมิห้องโลหิตที่ไม่ใช้ต้องมีกระบวนการส่งคืนและแจ้งให้ธนาคารเลือดทราบถึงสถานะของ

ยูนิตโลหิตนั้น

**ข้อปฏิบัติหลังทำหัตการ**

1.มีตรวจติดตามและบันทึกสัญญาณชีพก่อนให้เลือด ขณะให้เลือด และหลังจากให้เลือด

4 ชั่วโมง

2.มีการบันทึกสมดุลน้ำของผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลัง

ข้าพเจ้าได้อ่าน / รับทราบ และซักถาม เข้าใจข้อความทั้งหมดเป็นอย่างดี จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน

**ยินยอม** เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อให้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

วันที่.............................................

**ไม่ยินยอม** เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อให้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

วันที่..............................................

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

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

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

🞎ผู้ป่วยมาคนเดียว🞎 ญาติมาคนเดียว

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

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

ตำแหน่ง แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

ติดสติ๊กเกอร์