**หนังสือยินยอมเกี่ยวกับการขูดมดลูกโรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

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

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

**การขูดมดลูก**

**เหตุผลของการนอนโรงพยาบาล :** เพื่อรักษาภาวะเลือดออกทางช่องคลอด

**วิธีการรักษา :**  ขูดมดลูก

**การขูดมดลูก**  คือการใช้เครื่องมือเล็กๆสอดเข้าไปทางช่องคลอดผ่านปากมดลูกเข้าไปในโพรงมดลูก เพื่อขูดเอาเยื่อบุโพรงมดลูก หรือเนื้อเยื่อที่อยู่ในโพรงมดลูกออกมาเพื่อการรักษาและการวินิจฉัย

**สาเหตุของการขูดมดลูก** คือ🞎มีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ 🞎การแท้งไม่ครบ

🞎ภาวะท้องลม(Blighted ovum)🞎อื่น ๆ...............................................

**ข้อดีของการขูดมดลูก**:

1. ในกรณีแท้งไม่ครบหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติเป็นป้องกันการสูญเสียเลือดจำนวนมากและป้องกันภาวะช็อค
2. เพื่อยุติการตั้งครรภ์ในกรณีภาวะท้องลม (Blighted ovum)

**ข้อเสีย**: มีอาการเจ็บขณะขูดและหลังขูดมดลูกเล็กน้อย

**ทางเลือกการให้ยาระงับความรู้สึก**:

1. **ฉีดยาระงับปวดเข้าทางหลอดเลือดดำ**

**ข้อดี**: สามารถทำการรักษาได้ทันที ไม่ต้องงดน้ำงดอาหารและฟื้นตัวเร็วกว่า

**ข้อเสีย**: อาจรู้สึกตัวขณะขูดมดลูก

1. **ดมยาสลบ**

**ข้อดี**: ไม่รู้สึกตัวและไม่เจ็บปวดขณะขูดมดลูก

**ข้อเสีย**: อาจเจ็บคอหลังการดมยาสลบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และฟื้นตัวช้ากว่า

**ระยะเวลาที่ต้องนอนโรงพยาบาล**: ประมาณ 1- 2 วันถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน

**ภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ก่อน ระหว่าง และภายหลังการขูดมดลูก**:อาจมีการตกเลือด มดลูกทะลุ ปากมดลูกฉีกขาด การอักเสบติดเชื้ออันตรายจากยาชาและยาสลบ ภาวะเลือดไม่แข็งตัวทำให้ตกเลือดมากหรือภาวะโซเดียมคั่งในเลือด

**ผลการรักษา**: ไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

ติดสติ๊กเกอร์

ข้าพเจ้าได้อ่าน / รับทราบ และซักถาม เข้าใจข้อความทั้งหมดเป็นอย่างดี จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน

🞎**ยินยอม** เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อทำการขูดมดลูก

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

( ) ภายใต้ยาระงับความรู้สึกเข้าทางหลอดเลือดดำ

( ) ภายใต้การดมยาสลบ

🞎**ไม่ยินยอม** เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อทำการขูดมดลูก

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

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

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

🞎ผู้ป่วยมาคนเดียว🞎 ญาติมาคนเดียว

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

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

ตำแหน่ง แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

ติดสติ๊กเกอร์