**หนังสือยินยอมเกี่ยวกับการยับยั้งการคลอดบุตรก่อนกำหนด**

**โรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

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

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

**การยับยั้งการคลอดบุตรก่อนกำหนด**

**เหตุผล :** เพื่อยับยั้งการคลอดบุตรก่อนกำหนด

**วิธีการรักษา :** ให้ยายับยั้งการบีบตัวของมดลูกทางหลอดเลือดดำและทางชั้นใต้ผิวหนัง

**การยับยั้งการคลอดบุตรก่อนกำหนด** คือการให้ยาเพื่อยับยั้งไม่ให้มดลูกหดรัดตัวเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ซึ่งในปัจจุบันยังไม่พบว่ามียาตัวใดตัวหนึ่งที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด แต่ยาที่ใช้ยับยั้งภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่สามารถยืดอายุครรภ์ออกไปได้มากนัก

**สาเหตุในการยับยั้งการคลอดบุตร** คือ มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง การเจ็บครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์

โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังต่อไป

1. มีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างน้อย 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 60 นาที ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก
2. ปากมดลูกเปิดมากกว่า 1 เซนติเมตร
3. มีความบางตัวของปากมดลูกร้อยละ 80 หรือมากกว่า

**ข้อดี**: ช่วยยืดระยะเวลาการคลอดออกไปได้อย่างน้อย 48 ชั่วโมง ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวมีประโยชน์ในการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนด และได้ประโยชน์จากการให้ยาเพื่อกระตุ้นปอดทารก

**ข้อเสีย**: มีข้อห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคหัวใจ โรคไทรอยด์ โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ดี ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ดี การสูญเสียน้ำอย่างมาก ครรภ์แฝดหรือครรภ์แฝดน้ำ

**ระยะเวลาที่ต้องนอนโรงพยาบาล**: ประมาณ 3-5 วัน ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน

**ภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ก่อน ระหว่าง และภายหลังการยับยั้งการคลอดบุตรก่อนกำหนด**:

ติดสติ๊กเกอร์

**ผลต่อมารดา :**มือสั่น , ใจสั่น , ปวดศีรษะ, น้ำท่วมปอด , ชีพจรเต้นเร็ว , หัวใจเต้นผิดจังหวะ , ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น

**ผลต่อทารก** : หัวใจเต้นเร็ว , น้ำตาลในเลือดสูงในครรภ์และน้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด , ความดันโลหิตต่ำหลังคลอด

**ผลการรักษา**: สามารถหยุดยั้งการคลอดบุตรก่อนกำหนดและการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปตามปกติ

**ผลเสียกรณีไม่ยินยอมรับการรักษา**:คลอดบุตรก่อนกำหนด,บุตรไม่สมบูรณ์หรืออาจเสียชีวิตได้

ข้าพเจ้าได้อ่าน / รับทราบ และซักถาม เข้าใจข้อความทั้งหมดเป็นอย่างดี จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน

**ยินยอม** เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อทำการยับยั้งการคลอดบุตรก่อนกำหนด วันที่.............................................

**ไม่ยินยอม** เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อทำการยับยั้งการคลอดบุตรก่อนกำหนด วันที่..............................................

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

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

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

🞎ผู้ป่วยมาคนเดียว🞎 ญาติมาคนเดียว

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

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

ตำแหน่ง แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

ติดสติ๊กเกอร์

ติดสติ๊กเกอร์