**หนังสือยินยอมเกี่ยวกับการทำหัตถการเจาะท้อง โรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

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

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

**เหตุผลและความจำเป็นในการทำหัตถการ** : การเจาะท้องเพื่อระบายน้ำในช่องท้อง

**วิธีการรักษา** : ให้การรักษาตามผลตรวจตรวจวินิจฉัยหลังเจาะท้อง

การเจาะท้องคือการใช้เข็มเจาะเข้าไปในช่องท้อง บริเวณท้องน้อยด้านซ้ายต่ำกว่าสะดือ เพื่อนำน้ำในช่องท้องออกมา

**ข้อดี** : 1.เพื่อนำน้ำในช่องท้องไปวิเคราะห์หาสาเหตุ เช่นการติดเชื้อ สาเหตุการเกิดน้ำในช่องท้อง

 2. เพื่อระบายน้ำในช่องท้องที่มีปริมาณออกเพื่อลดอาการอึดอัดแน่นท้อง

**ข้อเสีย** : มีอาการเจ็บจากการฉีดยาชาเฉพาะที่

**การใช้ยาระงับความรู้สึก** : ใช้ยาชาเฉพาะที่ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง

**ระยะเวลาในการทำหัตถการ** : ประมาณ 10 นาที – 45 นาที (ในกรณีระบายน้ำออกอาจนานถึง 1 ชม.)

**ระยะเวลาที่ต้องนอนโรงพยาบาล** : ขึ้นอยู่กับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรืออาจจะไม่ต้องนอนโรงพยาบาล

**ภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ก่อน ระหว่าง และภายหลังการเจาะท้อง**

1. อาจเจาะโดนบางส่วนของตับทำให้เกิดเลือดออก
2. มีอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาชาเฉพาะที่
3. อาจเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ หากระบายน้ำออกมากเกินไป ( มากกว่า 3,00 cc )

**ผลเสียกรณีไม่ยินยอมทำหัตถการ** : ไม่สามารถบอกสาเหตุของการติดเชื้อหรือสาเหตุของการเกิดน้ำในช่องท้อง อาการอึดอัดแน่นท้องไม่บรรเทา

ติดสติ๊กเกอร์

**ข้าพเจ้าได้อ่าน / รับทราบ และซักถาม เข้าใจข้อความทั้งหมดเป็นอย่างดี จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน**

 **ไม่ยินยอม** เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อ**การรักษาการเจาะท้อง**

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

 **ยินยอม** เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อ**การรักษาการเจาะท้อง**

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

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

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

 🞎 ผู้ป่วยมาคนเดียว 🞎 ญาติมาคนเดียว

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

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

 ตำแหน่ง แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

ติดสติ๊กเกอร์