**หนังสือยินยอมเกี่ยวกับการทำหัตถการเจาะปอด โรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

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

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

**เหตุผลและความจำเป็นในการทำหัตถการ** : การเจาะปอดเพื่อนำน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดส่งตรวจวินิจฉัย หรือเจาะระบายน้ำออกในกรณีมะเร็งระยะสุดท้าย

**วิธีการรักษา** : ให้การรักษาตามผลตรวจตรวจวินิจฉัยหลังเจาะปอด

การเจาะปอดคือ การใช้เข็มเจาะผ่านผิวหนังทางช่องอกเข้าไปยังช่องเยื่อหุ้มปอด (อาจมีการใช้อัลตราซาวน์เป็นตัวนำก่อนเจาะเพื่อตำแหน่งที่ถูกต้อง

**ข้อดี** : 1.นำน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดส่งตรวจวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุ

2. เพื่อระบายน้ำออกบางส่วนลดอาการแน่นหน้าอก

**ข้อเสีย** : เจ็บเวลาฉีดยาระงับความรู้สึก

**การใช้ยาระงับความรู้สึก** : ใช้ยาชาเฉพาะที่ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง

**ระยะเวลาในการทำหัตถการ** : ประมาณ 10 นาทีถึง 1 ชั่วโมงในกรณีเจาะระบายน้ำออก

**ระยะเวลาที่ต้องนอนโรงพยาบาล** : ขึ้นอยู่กับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรืออาจจะไม่ต้องนอนโรงพยาบาลถ้าเจาะระบายน้ำออกเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อย

**ภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ก่อน ระหว่าง และภายหลังการเจาะปอด**: อาจมีความเจ็บปวดจากการฉีดยาชาเฉพาะที่เกิดการทะลุเข้าช่องปอด ทำให้เกิดลมรั่ว ออกมาเมื่อมีเลือดออก ถ้าระบายน้ำออกมาในปริมาณที่มากเกินอาจจะทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำได้

**ผลการรักษา** : ทราบสาเหตุของน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดและอาการเหนื่อยลดลงจากการระบายน้ำออก

ติดสติ๊กเกอร์

**ข้าพเจ้าได้อ่าน / รับทราบ และซักถาม เข้าใจข้อความทั้งหมดเป็นอย่างดี จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน**

**ไม่ยินยอม** เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อ**การรักษาการเจาะปอด**

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

**ยินยอม** เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อ**การรักษาการเจาะปอด**

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

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

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

🞎 ผู้ป่วยมาคนเดียว 🞎 ญาติมาคนเดียว

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

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

ตำแหน่ง แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

ติดสติ๊กเกอร์