**หนังสือยินยอมเกี่ยวกับการทำหัตถการเจาะหลัง(LP) โรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

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

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

**เหตุผลและความจำเป็นในการทำหัตการ** : การเจาะหลัง ( Lumbar Puncture )

**วิธีการรักษา** : การเจาะหลัง

การเจาะหลังคือ การใช้เข็มสำหรับเจาะหลังขาดเล็กแทงเข้าไปในช่องว่างระหว่างกระดูกสันหลังช่วงเอวเพื่อนำน้ำไขสันหลังส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการวินิจฉัยหาสาเหตุที่ทำให้เกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เพื่อระบายน้ำไขสันหลังออกมาในกรณีที่ความดันของน้ำในไขสันหลังสูงกว่าปกติเพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะ

**ข้อดี** : 1.เพื่อนำน้ำไขสันหลังไปวิเคราะห์หาสาเหตุของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

 2. เพื่อระบายน้ำไขสันหลังออกมาและลดแรงดันของน้ำไขสันหลัง

**ข้อเสีย** : เจ็บเวลาฉีดยาระงับความรู้สึก

**การใช้ยาระงับความรู้สึก** : ใช้ยาชาเฉพาะที่ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง

**ระยะเวลาในการทำหัตถการ** : ประมาณ 15 -30 นาที นอนราบ 8 ชั่วโมงหลังการเจาะหลัง

**ระยะเวลาที่ต้องนอนโรงพยาบาล :** ขึ้นอยู่กับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรืออาจจะไม่ต้องนอนโรงพยาบาล

**ภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจาการเจาะหลัง**

1. มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความดันในกระโหลกศีรษะลดลงมากเกินไป

2.มีอาการที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาชาเฉพาะที่

3.อาจมีอาการชาหรือขาอ่อนแรง ถ้าโดนเส้นประสาท

ติดสติ๊กเกอร์

**ผลการรักษา** : ทราบผลการตรวจน้ำไขสันหลัง เพื่อนำไปสู่การรักษาที่เฉพาะเจาะจง

**ข้าพเจ้าได้อ่าน / รับทราบ และซักถาม เข้าใจข้อความทั้งหมดเป็นอย่างดี จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน**

 **ไม่ยินยอม** เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อ**การรักษาการเจาะหลัง**

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

 **ยินยอม** เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อ**การรักษาการเจาะหลัง**

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

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

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

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

 🞎ผู้ป่วยมาคนเดียว 🞎 ญาติมาคนเดียว

ลงชื่อ................................ แพทย์/ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ.......................................พยาน(เจ้าหน้าที่) (.........................................................) (.....................................................)

 ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

ติดสติ๊กเกอร์