

บันทึกความยินยอมของผู้รับบริการในการรับการรักษาด้วยยาที่มีความเสี่ยงต่อการแพ้รุนแรง

โดยไม่มีผลตรวจยืนยันแพ้ยาในโรงพยาบาลสตีบ กม.10

สถานที่ โรงพยาบาลสตีบ กม.10

วันที่..... HN..... AN.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล..... อายุ.....ปี
เป็นผู้รับบริการ/เป็นผู้ปกครองของ ด.ช./ด.ญ.).....นามสกุล.....
ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์.....
ได้ฟังคำอธิบายจาก นพ./พญ.....
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ว..... (แพทย์ผู้รักษา) ถึงประโยชน์ ความเสี่ยง ระยะเวลา
ในการใช้ยาตามแผนการรักษาด้วยยา และคำแนะนำว่าควรตรวจยืนยันแพ้ยาเพื่อป้องกันการแพ้ยารุนแรง ได้แก่
allopurinol (HLA-B*58:01) และ abacavir (HLA-B*57:01) และที่ข้าพเจ้ายินยอมใช้ยา โดยยังไม่เคยตรวจ
ยืนยันที่โรงพยาบาลสตีบ กม.10 หรือ ไม่มีผลตรวจยืนยันในเวชระเบียนของโรงพยาบาลสตีบ กม.10 เนื่องจาก

() เคยได้รับยามาก่อนจากสถานพยาบาลอื่น ต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือน

() เคยตรวจยืนยันแพ้ยาจากสถานพยาบาลอื่นมีผลเป็นลบ

() ไม่พร้อมตรวจยืนยันแพ้ยา และยอมรับความเสี่ยง

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลการตรวจยืนยันแพ้ยา เพื่อใช้คัดกรองผู้ที่มีพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องต่อการแพ้ยาชนิด
นั้น หากพบผลตรวจว่ามียืนยันแพ้ยา ควรหลีกเลี่ยงการใช้นั้น เพื่อป้องกันการแพ้ยารุนแรง อย่างไรก็ตามหากมี
ผลตรวจว่าไม่มียืนยันแพ้ยา ไม่ได้หมายความว่า จะไม่สามารถเกิดการแพ้ยาได้ เนื่องจากยังมีกลไกอื่นในร่างกายที่
เกี่ยวข้องกับการแพ้ยาอีก นอกจากการตรวจยืนยัน

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในบันทึกความยินยอมนี้โดยละเอียดแล้ว หรือผู้อื่นอ่านให้ฟังเรียบร้อยแล้ว
ขอรับรองว่าความประสงค์นี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ จึงลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

()

()

ผู้ให้ความยินยอม

แพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

()

()

พยานฝ่ายผู้ให้ความยินยอม

พยานฝ่ายแพทย์ผู้ให้การรักษา