



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา-ผ่าตัด

ศัลยศาสตร์ระบบหลอดเลือด (หลอดเลือดแดงใหญ่ท้องโป่งพองแตก)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการ
รักษาพยาบาล

วิธีการรักษา คือ

- การผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดแดงใหญ่ท้องโป่งพองโดยใช้หลอดเลือดเทียมแทน

ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา

- โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ท้องโป่งพองแตกเป็นภาวะที่มี ความเสี่ยงสูงมากต่อการเสียชีวิต ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ
การผ่าตัดรักษามักจะเสียชีวิตทั้งหมดในระยะเวลาอันสั้น จากการเสียชีวิต การรักษาคือ การผ่าตัดเปิดทาง
หน้าท้องเพื่อเปลี่ยนหลอดเลือดแดงใหญ่ท้องโป่งพองโดยใช้หลอดเลือดเทียมแทน และเป็นการห้ามเลือดที่ไหล
ออกมาจากหลอดเลือด

วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก คือ

- การดมยาสลบซึ่งจะได้รับการดูแลจากวิสัญญีแพทย์

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น

- ไม่มีทางเลือกอื่นในการรักษาเมื่อเกิดการแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่ท้องโป่งพองนอกจากการผ่าตัด

ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- กำจัดหลอดเลือดส่วนที่โป่งพอง ป้องกันการแตกของหลอดเลือด

ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัดและการใช้ยาระงับความรู้สึก

ผลการรักษา คือ

- โอกาสรอดชีวิตร้อยละ 50 และเสียชีวิตได้ร้อยละ 50 เช่นกัน

ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- กำหนดไม่ได้แล้วแต่ความแข็งแรงของผู้ป่วยแต่ละคน

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่

- ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตได้ในระหว่างการผ่าตัดอย่างน้อยร้อยละ 50 สามารถเกิดภาวะไตวายได้อีกร้อยละ
50 และมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อย่างเช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ลำไส้เน่า การติดเชื้อทางเดินหายใจ
หรือการติดเชื้อในระบบอื่นๆอีกร้อยละ 30 และอาจเกิดบาดเจ็บต่ออวัยวะอื่นที่ไม่ได้ผ่าตัด ผู้ป่วยบางคน
อวัยวะภายในบวมมากจนไม่สามารถปิดผนังหน้าท้องได้ อาจจำเป็นต้องปิดแบบชั่วคราวไปก่อนและจะ
นำไปปิดแบบถาวรในภายหลัง เนื่องจากมีการเสียเลือดมากจำเป็นต้องได้รับทดแทนเลือดมากจนอาจจะมี
ภาวะแทรกซ้อน จากการได้ เลือดมากนี้ และในผู้ป่วยบางคนผู้ป่วยจะไม่แข็งแรงพอที่จะผ่าตัดต่อไปได้
แพทย์จำเป็นต้องนำกลับมาบำบัด ในหอผู้ป่วยวิกฤตชั่วคราว หากมีเลือดออกมากอยู่ก็จำเป็นต้องกลับไป
ผ่าตัดอีกครั้งได้



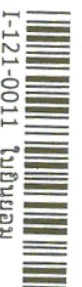


J-121-0011 ใบยินยอม

1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำการบำบัดรักษา
2. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำการผ่าตัด
3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งเลือดดังกล่าวได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้ว และไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว
4. เพื่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสเอดส์และตับอักเสบก่อนผ่าตัด ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ตรวจเลือดดังกล่าว

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอมซึ่งเป็น	☐ ผู้ป่วย
ชื่อ-สกุล (.....)	☐ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย
ลายพิมพ์นิ้วมือข้าง.....นิ้ว.....	
ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย	☐ ไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยมาคนเดียว
ชื่อ-สกุล (.....)	☐ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย
ลงชื่อ.....ผู้ให้คำอธิบาย	☐ ตำแหน่ง หน้าที่.....
ชื่อ-สกุล (.....)	
ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา	☐ ตำแหน่ง หน้าที่.....
ชื่อ-สกุล (.....)	



I-121-0011 ใบยินยอม