



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา-ผ่าตัด

ศัลยศาสตร์ระบบหลอดเลือด (การผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ท้องโป่งพอง)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการ
รักษาพยาบาล

วิธีการรักษา คือ

- การผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดแดงใหญ่ที่โป่งพองโดยใช้หลอดเลือดเทียมทดแทน

ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา

- เพื่อ หลอดเลือดแดงใหญ่ที่มีการโป่งพองถ้าไม่ผ่าตัดเปลี่ยนมีโอกาสที่จะแตกและเสียชีวิตได้สูง

วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก

- การดมยาสลบ

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ได้แก่

- การผ่าตัดแบบไม่เปิดท้อง โดยใส่หลอดเลือดเทียมผ่านขาหนีบ

ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้

- กำจัดหลอดเลือดส่วนที่โป่งพอง ป้องกันการแตกของหลอดเลือด

ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้

- มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัดและการใช้ยาระงับความรู้สึก

ผลการรักษา

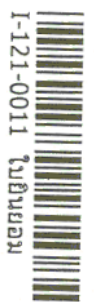
- หลอดเลือดโป่งพองถูกกำจัดออกไป

ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้

- 10-15 วัน

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

- ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตได้ในระหว่างการผ่าตัด 2-5% สามารถเกิดภาวะไตวายได้ 5% และมี
ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อย่างเช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การติดเชื้อทางเดินหายใจอีก 10% และอาจเกิด
การบาดเจ็บต่ออวัยวะอื่นนอกเหนือบริเวณผ่าตัดได้





J-121-0011 ใบยินยอม

1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทำการบำบัดรักษา
2. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทำการผ่าตัด
3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งเลือดดังกล่าวได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้ว และไม่พบหลักฐานการติดเชื้อโรคข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว
4. เพื่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสเอดส์และตับอักเสบก่อนผ่าตัดข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ตรวจเลือดดังกล่าว

เมื่อข้าพเจ้าได้เข้าใจถึงผลดี-ผลเสียของการผ่าตัดโดยละเอียดและได้มีโอกาสซักถามแพทย์แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้ผ่าตัด จึงได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอมซึ่งเป็น

☐ ผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล(.....)

☐ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลายพิมพ์นิ้วมือข้าง.....นิ้ว.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย

☐ ไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยมาคนเดียว

ชื่อ-สกุล(.....)

☐ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำอธิบาย

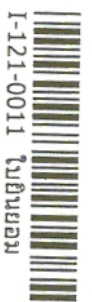
☐ ตำแหน่ง หน้าที่.....

ชื่อ-สกุล(.....)

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

☐ ตำแหน่ง หน้าที่.....

ชื่อ-สกุล(.....)



I-121-0011 ใบยินยอม