



J-121-0011 ใบยินยอม

หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา-ผ่าตัด

ศัลยศาสตร์ระบบหลอดเลือด (การผ่าตัดตัดต่อหลอดเลือดสำหรับฟอกไต)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

วิธีการรักษา ชื่อหัตถการ คือ

- การผ่าตัดต่อเส้นเลือดสำหรับฟอกไตโดยใช้เส้นเลือดจริงหรือเส้นเลือดเทียม

ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา

- เนื่องจากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต้องการการฟอกไตแบบต่อเนื่องจึงจำเป็นต้องผ่าตัดหลอดเลือดบริเวณแขนหรือขาสำหรับใช้ฟอกไต

วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก

- ☐ การดมยาสลบ ☐ การฉีดยาชาเฉพาะที่

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ได้แก่

- การใส่สายสวนชั่วคราวสำหรับฟอกไต การฟอกไตทางหน้าท้อง

ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้

- ลดการติดเชื้อจากการคาสายสวน สะดวกในการทำความสะดวกร่างกายเนื่องจากไม่มีเส้นออกมาจากร่างกาย ทำให้ลดการติดเชื้อที่สามารถทำให้เสียชีวิตได้ ใช้งานได้นานและสะดวกกว่าการคาสายสวน

ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้

- ถ้าเป็นเส้นเลือดจริงของผู้ป่วยต้องรอ 2-3 เดือนจึงจะใช้ฟอกไตได้ ถ้าใช้เส้นเลือดเทียมมีโอกาสติดเชื้อได้

ผลการรักษา

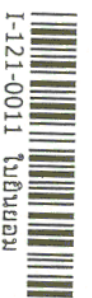
- เส้นเลือดที่ผ่าตัดสำเร็จใช้ฟอกไตได้ร้อยละ 70

ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้

- 3-5 วัน

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

- เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ร้อยละ 20 เช่น การติดเชื้อ ของเสียคั่งในร่างกาย หัวใจวาย แขนหรือขาข้างที่ผ่าตัดมีอาการขาดเลือด มีก้อนเลือดหรือก้อนโปรตีนรอบหลอดเลือดที่ต่อไว้ได้ ซึ่งภาวะดังกล่าวอาจต้องการการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอีกครั้ง



I-121-0011 ใบยินยอม

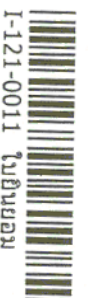


J-121-0011 ใบยินยอม

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

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว 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