

หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา-ผ่าตัด

ศัลยศาสตร์ระบบหลอดเลือด (ภาวะเส้นเลือดอุดตันฉับพลัน)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการรักษายาบาล

วิธีการรักษา ชื่อหัตถการ คือ

- การผ่าตัดหรือการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่อุดตันในหลอดเลือด

ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษายาบาล

- เพื่อเป็นการเพิ่มเลือดไปเลี้ยงที่แขนขา ภาวะการขาดเลือดฉับพลันนี้สามารถเสียแขนหรือขาที่ขาดเลือดได้เกือบทั้งหมดจากการเน่าตายและมีความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้สูงมาก

วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก คือ

- ☐ การดมยาสลบ ☐ การฉีดยาชาเฉพาะที่ ☐ ไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ได้แก่

- การรักษาโดยการให้ยา

ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- เพิ่มเลือด ลดการเน่าตายของอวัยวะ

ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- มีอาการปวดจากการผ่าตัด

ผลการรักษา คือ

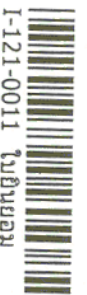
- สามารถเก็บอวัยวะไม่ให้เน่าตายได้ร้อยละ 70

ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- 2-3 สัปดาห์

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น คือ

- ถึงแม้ว่าได้รับการผ่าตัด แต่ในบางกรณีกล้ามเนื้ออาจจะเน่าตายไปแล้ว อวัยวะที่ขาดเลือดยังสามารถถูกตัดได้อีกในภายหลังอีกร้อยละ 30 อนึ่งหากแพทย์เข้าในห้องผ่าตัดมีความเห็นว่ากล้ามเนื้อเน่าตายไปแล้วและสมควรตัดแขนหรือขาที่ขาดเลือดนั้นทิ้ง เพื่อรักษาชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมให้ทำการตัดอวัยวะนั้น ได้ และทราบว่า การรักษาภาวะนี้มีโอกาสเสียชีวิตระหว่างและหลังการผ่าตัดพบได้ร้อยละ 30 มีภาวะแทรกซ้อนอื่นเกิดร่วมได้อีกร้อยละ 10 เช่นหัวใจขาดเลือด หรือเลือดออกในสมอง เป็นต้น





J-121-0011 ใบยินยอม

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอมซึ่งเป็น

☐ ผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล (.....)

☐ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลายพิมพ์นิ้วมือข้าง.....นิ้ว.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย

☐ ไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยมาคนเดียว

ชื่อ-สกุล (.....)

☐ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำอธิบาย

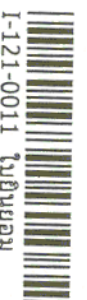
☐ ตำแหน่ง หน้าที่.....

ชื่อ-สกุล (.....)

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

☐ ตำแหน่ง หน้าที่.....

ชื่อ-สกุล (.....)



I-121-0011 ใบยินยอม