



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา-ผ่าตัด

หน่วยศัลยศาสตร์ระบบศีรษะ คอ และเต้านม (HNB) (BM)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการ
รักษาพยาบาล

ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา

ท่านได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนที่เต้านมข้าง ซ้าย ขวา หรือทั้งสองข้าง ซึ่งจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อตัดเอา
ก้อนที่เต้านมออก

วิธีการรักษา ซีดัตถการ .excision breast mass (การตัดก้อนเต้านม)..หรือ wide excision(การตัดก้อนเต้านม
ออกแบบกว้าง)

วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก

- โดยการดมยาสลบ(general anesthesia) หรือ การฉีดยาชาเฉพาะที่(local anesthesia)

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น

- ไม่มี

ข้อดี เมื่อใช้วิธีนี้

- ได้รับการรักษาโดยการตัดเอาก้อนออก...และสามารถทราบผลการวินิจฉัยที่ถูกต้อง...

ข้อเสีย เมื่อใช้วิธีนี้

- จะมีแผลเป็นที่เต้านมข้างที่ตัดก้อน..

ผลการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้

- ได้รับการผ่าตัดเอาก้อนออก

ระยะเวลาในการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้ .

- หลังผ่าตัดถ้าไม่มีข้อแทรกซ้อน ท่านอาจกลับบ้านในวันถัดจากที่ผ่าตัด ถ้าระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชา
เฉพาะที่และกลับบ้านได้ในวันรุ่งขึ้นหลังผ่าตัด ถ้าดมยาสลบ

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เมื่อใช้วิธีนี้

- อาจเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด.หรือแผลบวมจากการมีก้อนเลือดตกค้าง





1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทำการบำบัดรักษา
2. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทำการผ่าตัด
3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้ว และไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

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(.....)

