



J-121-0011 ใบยินยอม

หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา-ผ่าตัด

ศัลยศาสตร์ระบบหลอดเลือด (หลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอตีบจากไขมันอุดตัน)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการ
รักษาพยาบาล

วิธีการรักษา ชื่อหัตถการ คือ

- การผ่าตัดเลาะไขมันในหลอดเลือดแดงที่คอ

ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา

- การมีไขมันเกาะในหลอดเลือดแดงที่คอจนเกิดการตีบในหลอดเลือดแดงอย่างรุนแรง ส่งผลให้เกิดอัมพาตได้
ร้อยละ 21 ในเวลา 2 ปี การผ่าตัดสามารถลดโอกาสดังกล่าวได้ร้อยละ 7 ใน 2 ปี

วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก คือ

☐ การดมยาสลบ ☐ การฉีดยาชาเฉพาะที่ ☐ ไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ได้แก่

- การถ่างขยายหลอดเลือดและใส่ขดลวด

ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- สามารถกำจัดแหล่งผลิตก้อนไขมันที่เป็นสาเหตุของอัมพาตในอนาคต

ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกได้

ผลการรักษา คือ

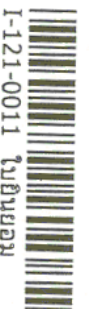
- สามารถลดโอกาสอัมพาตได้เหลือร้อยละ 7 ใน 2 ปี

ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- 1 สัปดาห์

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น คือ

- ผู้ป่วยมีโอกาสอัมพาตหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 5 มีโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 1 มีโอกาสเกิดการ
กระแทกกระเทือนและบาดเจ็บต่อเส้นประสาทที่คออาจทำให้ลิ้นเบี้ยว กลืนลำบาก เสียหายในระยะหลัง
ผ่าตัดได้ร้อยละ 10



I-121-0011 ใบยินยอม

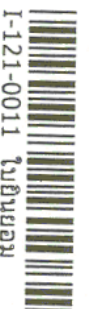


J-121-0011 ใบยินยอม

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

เมื่อข้าพเจ้าได้เข้าใจถึงผลดี-ผลเสียของการผ่าตัดโดยละเอียดและได้มีโอกาสซักถามแพทย์แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ทำการรักษา 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