



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา-ผ่าตัด

การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central line insertion)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วย,ญาติผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

วิธีการรักษา คือ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

เหตุผลที่แพทย์ต้องใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

- เพื่อประเมินปริมาณน้ำในภาวะวิกฤติ ปริมาณน้ำในร่างกายมีความสำคัญ หากปริมาณน้ำในร่างกายน้อยเกินไปจะทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลายไม่เพียงพอ แต่ถ้าหากมีปริมาณน้ำในร่างกายมากเกินไป อาจมีผลต่อการทำงานของหัวใจและปอด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับปอดและหัวใจ. การประเมินปริมาณน้ำในร่างกายทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่ถือว่าประเมินได้แบบมีหลักฐานชัดเจนคือ การวัดความดันในหลอดเลือดดำ ซึ่งจะวัดได้โดยการใส่สายสวนหลอดเลือดดำเข้าไป ภายใน
- เพื่อให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับสารอาหารได้เพียงพอด้วยการกิน/ทางสายให้อาหารทางจมูก หรือจำเป็นต้องงดการให้อาหารผ่านทางเดินอาหารเป็นเวลานาน ซึ่งการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนปลายจะทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดได้ง่าย
- เพื่อให้สารน้ำในกรณีที่ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้เพียงพอ จึงจำเป็นต้องใช้หลอดเลือดดำส่วนกลาง รวมทั้งเพื่อให้ยาบางชนิด เช่น ยาที่มีผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจ

การรักษา คือ ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

วิธีการใช้ยาระงับความปวดระหว่างทำหัตถการ คือ นีดยาชาเฉพาะที่

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ไม่มีทางเลือกอื่น

ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- เพื่อวัดความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางได้โดยมีหลักฐานชัดเจน
- เพื่อให้ได้รับสารอาหารได้เพียงพอ





- เปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำได้เพียงพอ และให้ยาบางชนิด

ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้ ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เมื่อหมดข้อ บ่งชี้จึงเอาออก

ผลการรักษา เนื่องจากการเป็นการทำหัตถการเพื่อประเมิณผู้ป่วย ผลการรักษาจึงขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความรุนแรงของโรคที่เป็น, โรคประจำตัว, การรักษาที่ได้รับ และผลการรักษาของโรคที่เป็น.

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การติดเชื้อของสายสวนหลอดเลือดดำ, หลอดเลือด ดำอุดตัน, การบาดเจ็บของหลอดเลือดแดง, ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด, เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด, บาดแผลติดเชื้อ

1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เชียงใหม่ ทำการบำบัดรักษา

2. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เชียงใหม่ ทำการผ่าตัด

3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งเลือดดังกล่าวได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้ว และไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ ข้าพเจ้า

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

4. เพื่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสเอดส์ และตับอักเสบก่อนผ่าตัด ข้าพเจ้า

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอมตรวจเลือดดังกล่าว





J-121-0011 ใบยินยอม

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อ ต่อหน้าพยานไว้
เป็นสำคัญ

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

ชื่อ-สกุล (.....) ☐ ตำแหน่ง หน้าที่.....



I-121-0011 ใบยินยอม