



J-121-0011 ใบยินยอม

หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา - ผ่าตัด

หน่วยกุมารศัลยศาสตร์

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบในการผ่าตัด

- ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา.. ในเด็กไม่มีรูทวารแต่กำเนิดจะได้รับการรักษาด้วยการยกลำไส้ขึ้นที่หน้าท้องเพื่อเป็นช่องทางในการขับถ่ายชั่วคราว จะนัดมาทำการผ่าตัดสร้างรูทวารอีกครั้งและหลังจากที่รูทวารที่สร้างไว้ใช้งานได้ดีจึงจะนัดมาทำการผ่าตัดปิดลำไส้ที่ยกขึ้นมา การผ่าตัดครั้งนี้ จะตัดเลาะลำไส้ที่ยกขึ้นมาออกจากผิวหนัง และต่อลำไส้เข้าด้วยกัน เพื่อให้เด็กขับถ่ายทางรูทวารที่สร้างใหม่

- วิธีการรักษา ชื่อหัตถการ การผ่าตัดปิดลำไส้ที่ยกขึ้นมาเพื่อขับถ่ายชั่วคราว
- วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก .. ดมยาสลบทั่วไป
- ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น .. ไม่มี
- ข้อดี เมื่อใช้วิธีนี้ ... เด็กสามารถขับถ่ายทางรูทวารได้ตามปกติ
- ข้อเสีย เมื่อใช้วิธีนี้ ... ต้องดมยาสลบ
- ผลการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้ ... เออลำไส้ที่ยกออกมาไว้ที่หน้าท้องกลับลงสู่ในช่องท้องและต่อลำไส้ให้สามารถขับถ่ายไป

ปกติ

- ระยะเวลาในการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้ ... ผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัด 3 วัน เพื่อทำการเตรียมลำไส้ให้สะอาดก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดต้องดื่มน้ำและอาหาร และรอจนกระทั่งลำไส้กลับมาทำงานได้ดี รวมระยะเวลานอนรพ.ประมาณ 1 สัปดาห์

- ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเมื่อใช้วิธีนี้ .. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ เกิดภาวะแผลอักเสบ เกิดการตีบ ตัน ร้วของรอยต่อที่เย็บไว้



I-121-0011 ใบยินยอม



1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ทำการบำบัดรักษา
2. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่รักษาด้วยการผ่าตัด
3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วและไม่พบหลักฐานการติดเชื้อข้าพเจ้า
- ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

โดยแพทย์ ได้อธิบายรายละเอียด เหตุผล วิธีการรักษา ความจำเป็น ของการรักษา

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

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.....

