



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา-ผ่าตัด

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

-ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา ลำไส้/กระเพาะอาหารแตกทะลุ เกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ ลำไส้อุดตันเกิดโป่งพองมาก มะเร็งลำไส้/มะเร็งกระเพาะอาหาร แผลในลำไส้/แผลกระเพาะอาหาร การกลืนกินสิ่งแปลกปลอม เมื่อลำไส้/กระเพาะอาหารแตกทะลุมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีการติดเชื้อในช่องท้อง ลำไส้/กระเพาะอาหารเน่า ติดเชื้อในกระแสเลือดและทำให้เสียชีวิตได้

-วิธีการรักษาข้อห้ามการ ผ่าตัดเย็บซ่อมลำไส้หรือกระเพาะอาหารที่แตกทะลุ หากรูแตกทะลุมีขนาดใหญ่หรือเนื้อเยื่อบริเวณนั้นเปื่อยยุ่ยไม่สามารถเย็บซ่อมแซมได้ อาจจำเป็นต้องตัดต่อลำไส้/ตัดกระเพาะอาหารบางส่วน กรณีลำไส้ทะลุหากในช่องท้องมีการปนเปื้อนมากหรือลำไส้บวมมาก อาจจำเป็นต้องยกลำไส้เปิดถ่ายทางหน้าท้องก่อน และผ่าตัดซ้ำเพื่อต่อลำไส้ในภายหลัง

-วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก ตมยาสลบ

-ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากการผ่าตัดหากลำไส้/กระเพาะอาหารแตกทะลุ

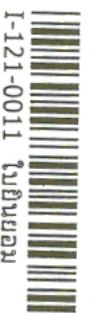
-ข้อดี เมื่อใช้วิธีนี้ ลดการติดเชื้อในช่องท้อง ซ่อมแซมลำไส้/กระเพาะอาหารให้กลับมาทำงานได้ตามปกติ

-ข้อเสีย เมื่อใช้วิธีนี้ มีผลจากการผ่าตัด/อาจมีสายางระบายของเสียหน้าท้องและหรือ สายยางให้อาหาร กรณีรอยโรคมีพยาธิสภาพรุนแรง

-ผลการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้ หากการผ่าตัดสำเร็จ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด สามารถลดโอกาสติดเชื้อและเสียชีวิตได้

-ระยะเวลาในการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้ 10-14 วันขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

-ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เมื่อใช้วิธีนี้ เสียเลือดมาก ไตวาย แผลติดเชื้อ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อระบบอื่นๆ ติดเชื้อในกระแสเลือด และเสียชีวิต ร้อยละ 5-10% หากในท้องผ่าตัด ลำไส้ผู้ป่วยบวมมาก หรือสัญญาณชีพไม่คงที่ ไม่สามารถปิดผนังหน้าท้องได้ จำเป็นต้องปิดหน้าท้องแบบชั่วคราว และนำผู้ป่วยมาบำบัดในหอวิกฤตก่อน เมื่อสัญญาณชีพคงที่ ลำไส้ยุบบวมจึงผ่าตัดซ้ำเพื่อปิดผนังหน้าท้องอีกครั้ง





J-121-0011 ใบยินยอม

1.ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทำการ
บำบัดรักษา

2.ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทำการผ่าตัด

3.กรณีแพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้ว และไม่พบหลักฐานการติด
โรค ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอมซึ่งเป็น ☐ ผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล(.....) ☐ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลายพิมพ์นิ้วมือข้าง.....นิ้ว.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย ☐ ไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยมาคนเดียว

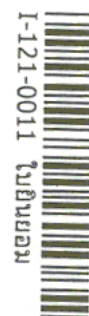
ชื่อ-สกุล(.....) ☐ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำอธิบาย ☐ ตำแหน่งหน้าที่.....

ชื่อ-สกุล(.....)

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา ☐ ตำแหน่งหน้าที่.....

ชื่อ-สกุล(.....)



I-121-0011 ใบยินยอม