



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา-ผ่าตัด

ศัลยกรรมระบบหลอดเลือด (หลอดเลือดแดงตีบที่ขารุนแรง)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการ
รักษาพยาบาล

วิธีการรักษา ชื่อหัตถการ คือ

- การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดให้ไปเลี้ยงที่ขาเพียงพอโดยใช้หลอดเลือดเทียมหรือหลอดเลือดจริงผู้ป่วย
หรือการถ่างขยายหลอดเลือดด้วยลูกโป่ง

ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา

- เพื่อเป็นการผ่าตัดเพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงที่ขาให้เพียงพอถ้าหากไม่ผ่าตัดจะทำให้ขาขาดเลือดรุนแรงขึ้นจนเกิด
แผลและอาจต้องตัดขาได้ในที่สุด หรือถ้ามีการติดเชื้ออาจทำให้เสียชีวิตได้

วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก คือ

- การดมยาสลบ หรือการฉีดยาเข้าไขสันหลังหลัง ซึ่งจะได้รับการดูแลจากวิสัญญีแพทย์อย่างใกล้ชิด

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ได้แก่

- การรักษาโดยใช้ยาหรือออกซิเจนเข้มข้น

ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- มีเลือดไปเลี้ยงที่ขาเพิ่มขึ้นส่งผลให้แผลหาย และทำให้หายปวดได้

ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- มีแผลขนาดใหญ่ที่ขา และปวดแผลผ่าตัด

ผลการรักษา คือ

- โอกาสเพิ่มเลือดไปขาได้สำเร็จร้อยละ 70 แต่มีโอกาสน้ำเสียและ แผลไม่หายได้ร้อยละ 30

ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- 2-3 สัปดาห์

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น คือ

- มีโอกาสเสียชีวิตได้ร้อยละ 3 เกิดภาวะหัวใจหรือสมองขาดเลือดเฉียบพลันได้ร้อยละ 5 และมีโอกาสเกิด
ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ รวมทั้งการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ เกิดการบาดเจ็บต่อ อวัยวะอื่นใกล้เคียงบริเวณ
ผ่าตัด เช่น เส้นประสาทเกิดอาการชาได้ ได้ร้อยละ 30



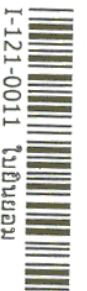


J-121-0011 ใบยินยอม

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

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 (.....)	



I-121-0011 ใบยินยอม