



J-121-0011 ใบยินยอม

หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา-ผ่าตัด

ศัลยศาสตร์ระบบหลอดเลือด (แผลเท้าเบาหวาน : debridement)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

วิธีการรักษา ข้อห้ามการ

- การผ่าตัดเพื่อระบายหนองและเนื้อตายออก

ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา

- เป็นการผ่าตัดเพื่อระบายเอาหนองบริเวณแผลที่ขาออกเนื่องจากการติดเชื้ออย่างรุนแรง และอาจต้องมีการตัดเอาเนื้อตายออกบางส่วน ซึ่งแผลที่ติดเชื้อมีความเสี่ยงสูงถ้าไม่ตัดออกอาจทำให้เกิดการติดเชื้อที่รุนแรงขึ้น อาจถึงขั้นต้องตัดขาหรือมีการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตได้

วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก

- ☐ การดมยาสลบ ☐ การฉีดยาชาเฉพาะที่

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ได้แก่

- การใช้หนอง หรือน้ำผึ้ง

ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- ลดการติดเชื้อ

ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- มีแผลจากการผ่าตัด

ผลการรักษา คือ

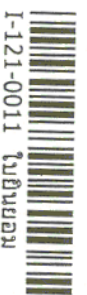
- โอกาสลดระดับการติดเชื้อได้ร้อยละ 80

ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- ต้องนอนโรงพยาบาล 2-3 สัปดาห์

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น คือ

- มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตระหว่างผ่าตัดได้ร้อยละ 2 ส่วนภาวะแทรกซ้อนมีโอกาสเกิดได้ร้อยละ 10 เช่น การติดเชื้อในกระแสโลหิต และการติดเชื้อในทางเดินหายใจ เป็นต้น มีโอกาสที่ต้องกลับไปผ่าตัดเอาเนื้อตายหรือระบายหนองออกมากขึ้นร้อยละ 40 และถ้าแผลมีขนาดใหญ่อาจต้องผ่าตัดนำผิวหนังส่วนอื่นของร่างกายมาตกแต่งบริเวณแผล



I-121-0011 ใบยินยอม



J-121-0011 ใบยินยอม

1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทำการบำบัดรักษา
2. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 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

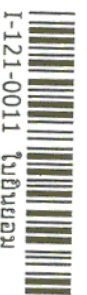
☐ ตำแหน่งหน้าที่.....

ชื่อ-สกุล (.....)

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

☐ ตำแหน่งหน้าที่.....

ชื่อ-สกุล (.....)



I-121-0011 ใบยินยอม