



J-121-0011 ใบยินยอม

หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา-ผ่าตัด

การผ่าตัดระบายความดันในช่องระหว่างกล้ามเนื้อ (Fasciotomy)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วย,ญาติผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

วิธีการรักษา คือ การผ่าตัดระบายความดันในช่องระหว่างกล้ามเนื้อ

เหตุผลที่แพทย์ต้องผ่าตัดระบายความดันในช่องระหว่างกล้ามเนื้อ เมื่อมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณระยางค์(แขน-ขา) เช่น กระดูก,หลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดดำ จนกล้ามเนื้อบวม จะมีผลให้ความดันในช่องระหว่างกล้ามเนื้อสูงขึ้น ซึ่งทำให้กล้ามเนื้อขาดเลือดและเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องตัดแขนหรือขา ส่วนนั้นในที่สุด.

การรักษา คือ การผ่าตัดเปิดผิวหนังและเนื้อเยื่อที่หุ้มกล้ามเนื้อบริเวณแขน หรือขาที่สงสัยว่ามีความดัน ในช่องระหว่างกล้ามเนื้อสูงขึ้น

วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก คือ การดมยาสลบ ซึ่งจะได้รับการดูแลจากวิสัญญีแพทย์

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ไม่มีทางเลือกอื่นในการรักษานอกจากการผ่าตัด

ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้ คือ เพื่อระบายความดันในช่องระหว่างกล้ามเนื้อ ซึ่งจะลดภาวะแทรกซ้อนอื่นที่จะเกิดขึ้น ตามมาได้ ได้แก่ เส้นประสาทถูกกด, กล้ามเนื้อขาดเลือด, ไตวายจากของเสียที่เกิดจากกล้ามเนื้อตาย.

ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้ คือ อาจมีบาดแผลผ่าตัดติดเชื้อได้.

ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้ ต้องรอให้กล้ามเนื้อยุบลงจึงจะสามารถเย็บปิดผิวหนังได้ จึงไม่สามารถบอกระยะเวลาที่แน่นอนได้

ผลการรักษา ส่วนใหญ่จะสามารถเย็บปิดผิวหนังเข้าหากันได้ หากไม่สามารถเย็บปิดผิวหนังเข้าหากันได้ จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เสริม หรือใช้ผิวหนังส่วนอื่นมาปิดในภายหลังเมื่อกล้ามเนื้อยุบลงแล้ว.

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ บาดแผลติดเชื้อ

I-121-0011 ใบยินยอม





J-121-0011 ใบยินยอม

1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำการบำบัดรักษา

2. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำการผ่าตัด

3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งเลือดดังกล่าวได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้ว และไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ ข้าพเจ้า

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับผิดชอบดังกล่าว

4. เพื่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสเอดส์ และดับอีกเสบก่อนผ่าตัด ข้าพเจ้า

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอมตรวจเลือดดังกล่าว

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อ ต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

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