



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา-ผ่าตัด

ใส่สายระบายลม-เลือดในช่องอก เนื่องจากการบาดเจ็บ

Insertion thoracostomy tube due to trauma

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลของผู้ป่วย,ญาติผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมใน การเข้ารับการรักษาพยาบาล

วิธีการรักษา คือ ใส่สายระบายในช่องเยื่อหุ้มปอดเพื่อระบายลมและเลือดที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บที่ช่องอก

เหตุผลที่แพทย์ต้องใส่สายระบาย คือ เนื่องจากการมีลมหรือเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้ปอดขยายได้ไม่เต็มที่ อาจทำให้มีอาการเหนื่อย, แน่นหน้าอก และระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ. การใส่สายระบายในช่องเยื่อหุ้มปอดจะทำให้มีอาการเหนื่อยจากปอดขยายได้ไม่สุดและระดับออกซิเจนในเลือดดีขึ้น.นอกจากนั้นการปล่อยให้ มีเลือดคั่งในช่องเยื่อหุ้มปอดจนกลายเป็นลิ่มเลือด อาจจะมีการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มปอดตามมาได้

การรักษา คือ ใส่สายระบายในช่องเยื่อหุ้มปอดเพื่อระบายลมและเลือดที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บที่ช่องอก

วิธีการใช้ยาระงับอาการปวดจากการใส่สายระบาย คือ การฉีดยาเฉพาะที่บริเวณตำแหน่งใส่สายระบาย เพื่อลดอาการปวด

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ไม่มีทางเลือกอื่นในการรักษา

ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้ คือ เพื่อระบายลมและเลือดที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บบริเวณที่ช่องอก

ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้ คือ เจ็บตำแหน่งที่ใส่สายระบาย ทำให้มีอาการปวดมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนใส่ สายระบายในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งแพทย์ผู้รักษาจะให้ยาระงับปวดระหว่างที่รักษาในโรงพยาบาลหากไม่มี ข้อห้าม.

ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้ สายระบายในช่องเยื่อหุ้มปอดจะใส่ไว้จนกว่าลมหรือเลือดจะระบายออก หมด จึงไม่สามารถบอกระยะเวลาที่ชัดเจนได้





ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ สายระบายทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อปอด, ระบาย
เลือดออกได้ไม่หมดจนเกิดเป็นลิ่มเลือดภายในช่องเยื่อหุ้มปอด, การติดเชื้อของบาดแผลบริเวณที่ใส่สายระบายในช่องเยื่อ
หุ้มปอด.

1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำการบำบัดรักษา

2. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำการผ่าตัด

3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งเลือดดังกล่าวได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้ว และไม่พบ
หลักฐานการติดเชื้อ ข้าพเจ้า

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

4. เพื่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสเอดส์ และตับอักเสบบ
ก่อนผ่าตัด ข้าพเจ้า

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอมตรวจเลือดดังกล่าว

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อ ต่อหน้าพยานไว้เป็น
สำคัญ

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.....

