

หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา - ผ่าตัด
หน่วยศัลยศาสตร์ระบบตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ผ่าตัดผ่านกล้อง)
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบในการผ่าตัดผ่านกล้อง

ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา

- ผ่าตัดถุงน้ำดี ผ่านกล้องส่อง เหตุผลที่แพทย์ต้องตัดถุงน้ำดีของผู้ป่วยออกไป เพราะว่ามันอาจทำให้เกิดอาการ ต่างได้ๆ เช่น เกิดอาการปวดท้อง , ตัวเหลืองตาเหลือง , อักเสบ และตับอ่อนอักเสบ หรือผู้ป่วยอาจเป็น โรคตึงเนื้อในถุงน้ำดี แพทย์ต้องทำการผ่าตัดเพื่อนำมาพิสูจน์ชิ้นเนื้อ

วิธีการรักษา ชื่อหัตถการ (การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องส่อง)

วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก (ดมยาสลบทั่วไป)

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น

- การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบชนิดเปิด ซึ่งต้องทำการเปิดแผล อาจจะเป็นแผลแนวกึ่งกลางหน้าท้อง หรือแผลใต้ชายโครงขวา ขนาดประมาณตั้งแต่ 10 -20 เซนติเมตร

ข้อดี เมื่อใช้วิธีนี้

- กรณีที่ทำการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องส่องสำเร็จจะเกิดผลดีต่อผู้ป่วย ได้แก่ ความสวยงามของแผลจะมีขนาดเล็ก , เจ็บตัวน้อย , อยู่โรงพยาบาลสั้น , กลับๆไปทำงานได้เร็ว โดยเฉลี่ย 7 - 14 วันหลังผ่าตัด

ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้

- บางครั้งไม่สามารถทำวิธีนี้ได้สำเร็จจำเป็นต้องใช้วิธีเปิด ซึ่งจะให้อยู่โรงพยาบาลนานขึ้น โอกาสที่จะเปลี่ยนเป็นวิธีเปิดมีน้อยกว่า 5 เปอร์เซ็นต์

ผลการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้

- ทำให้อาการปวดท้องหรืออาการที่เกิดจากนิ่ว ควรจะหายไป

ระยะเวลาในการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้

- ผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัด 1 วัน ยกเว้นผู้ป่วยมีโรคที่ต้องการการดูแลก่อนผ่าตัด อาจจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัดนานขึ้นและส่วนใหญ่สามารถให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ภายใน 1 - 2 วันหลังผ่าตัด

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเมื่อใช้วิธีนี้

- การผ่าตัดถุงน้ำดี เป็นการผ่าตัดที่ทำบ่อยและค่อนข้างปลอดภัย แต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดทุกชนิดจะมีความเสี่ยงอยู่บ้าง ได้แก่ เลือดออกในช่องท้อง , การติดเชื้อในช่องท้องหรือที่แผล , น้ำดีรั่วออกมาลงในช่องท้อง , อันตรายต่อท่อทางเดินน้ำดี , อันตรายต่อลำไส้และหลอดเลือด , ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำที่ขา นอกจากนี้มีความเสี่ยงที่เกิดจากการดมยาสลบ



J-121-0011 ใบยินยอม



I-121-0011 ใบยินยอม



1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทำการ
บำบัดรักษา
2. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่รักษาด้วยการ
ผ่าตัด
3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วและไม่พบหลักฐานการติด
เชื้อข้าพเจ้า
- ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

โดยแพทย์ ได้อธิบายรายละเอียด เหตุผล วิธีการรักษา ความจำเป็น ของการรักษา
ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

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.....

