



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา-ผ่าตัด

หน่วยศัลยศาสตร์ระบบหัว คอ และเต้านม (MRM)

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการ
รักษาพยาบาล

ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา

ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมข้าง ซ้าย ขวา หรือทั้งสองข้าง จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อ
ตัดเอาเต้านมข้างที่เป็นมะเร็งออก รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกัน

วิธีการรักษา ชื่อหัตถการ modified radical mastectomy(MRM) การตัดเต้านมรวมทั้งต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก โดยการดมยาสลบ.(general anesthesia)

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น การตัดเต้านมออกเพียงบางส่วน (breast conserve surgery) แต่

ถ้าท่านต้องการรักษาด้วยวิธีนี้ จะต้องรับการฉายแสงในส่วนเต้านมที่ไม่ได้ตัดออก

ข้อดี เมื่อใช้วิธีนี้

- MRM เป็นการควบคุมการกระจายของโรคมะเร็งเฉพาะที่

ข้อเสีย เมื่อใช้วิธีนี้

- จะไม่มีเต้านมข้างที่ตัดอีก (ยกเว้นการได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมร่วมด้วย) นอกจากนี้ยัง
อาจมีอาการชา บริเวณด้านข้างของทรวงอก และด้านในของต้นแขนข้างเดียวกัน และในอนาคตอาจ
มีอาการบวมของแขนข้างนั้น

ผลการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้

- จะได้รับการรักษาควบคุมโรคเฉพาะที่

ระยะเวลาในการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้

- ท่านจะต้องนอนโรงพยาบาล.หลังผ่าตัดอีกประมาณ 5-10 วัน เพื่อบริการให้น้ำเหลืองที่รักแร้แห้งลง ก่อนที่
จะดื่มน้ำเหลืองออก

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เมื่อใช้วิธีนี้

- อาจมีการติดเชื้อของแผลผ่าตัดซึ่งอาจทำให้ระยะเวลาที่อยู่ที่โรงพยาบาลนานขึ้นเพื่อรับยาปฏิชีวนะ หรือ
ผ่าตัดระบายหนอง นอกจากนี้หลังออกจากโรงพยาบาล ท่านอาจจะมีน้ำเหลืองสะสมที่แผลผ่าตัด ซึ่ง
บางกรณีอาจจะเป็นที่ที่จะต้องได้รับการเจาะดูดน้ำเหลืองออก ด้วยเข็มขนาดเล็ก





1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์เชียงใหม่ทำการ
บำบัดรักษา
2. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์เชียงใหม่รักษาด้วย
การผ่าตัด
3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วและไม่พบหลักฐานการ
ติดเชื้อข้าพเจ้า
- ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

โดยแพทย์ ได้อธิบายรายละเอียด เหตุผล วิธีการรักษา ความจำเป็น ของการรักษา

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็น
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.....

