

หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา-ผ่าตัด

การผ่าตัดซ่อมแซมหลอดเลือด (Repair vascular injury)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วย,ญาติผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

วิธีการรักษา คือ การผ่าตัดซ่อมแซมหลอดเลือดที่ได้รับบาดเจ็บ

เหตุผลที่แพทย์ต้องผ่าตัดซ่อมแซมหลอดเลือด

- เมื่อมีการบาดเจ็บของหลอดเลือดบริเวณระยะยางค์(แขน-ขา) ทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลายเช่นมือและเท้าไม่เพียงพอ หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสมอาจต้องตัดแขนหรือขาในที่สุด ในกรณีที่มีแผลเปิดจะมีเลือดออกปริมาณมากจนอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้.

การรักษา คือ

- การผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมหลอดเลือดที่ได้รับบาดเจ็บ

วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก คือ

- การดมยาสลบ ซึ่งจะได้รับการดูแลจากวิสัญญีแพทย์

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ไม่มีทางเลือกอื่นในการรักษานอกจากการผ่าตัด

ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- แก้ไขการขาดเลือดของเนื้อเยื่อส่วนปลาย

ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้ คือ

- อาจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัดและการใช้ยาระงับความรู้สึก และหลังผ่าตัด. นอกจากนี้ หากหลอดเลือดบาดเจ็บรุนแรงจนไม่สามารถนำมาต่อกันได้โดยตรง อาจจำเป็นต้องใช้หลอดเลือดดำบริเวณต้นขาหรือบริเวณอื่นเพื่อมาเชื่อมหลอดเลือดที่ฉีกขาดเข้าหากัน จึงต้องมีแผล ผ่าตัดเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากตำแหน่งที่หลอดเลือดได้รับบาดเจ็บ.

ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้

- ในกรณีที่ไม่มีบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออื่นร่วมด้วย เช่น กระดูกหรือ เส้นเอ็น และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการบาดเจ็บของหลอดเลือด จะใช้เวลาในการรักษาประมาณ 3 – 5 วัน ขึ้นอยู่กับวิจารณ์ของแพทย์ผู้ดูแลรักษา.

ผลการรักษา

- หากสามารถผ่าตัดซ่อมแซมหลอดเลือดได้สำเร็จ และไม่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออื่น แขน-ขาจะกลับมาทำงานได้ปกติ ดังนั้นผลการรักษาจึงขึ้นกับปัจจัยอื่นด้วย.

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

- ได้แก่ มีการอุดตันของหลอดเลือดซ้ำ, เลือดออกจาก บาดแผลมากขึ้น, ขาดเสียจากกล้ามเนื้อที่ขาดเลือดทำให้การทำงานของไตผิดปกติ, และบาดแผลติดเชื้อ



1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำการบำบัดรักษา

2. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำการผ่าตัด

3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งเลือดดังกล่าวได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้ว และไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ ข้าพเจ้า

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

4. เพื่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสเอดส์ และตับอักเสบก่อนผ่าตัด 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.....