



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา-ผ่าตัด
ศัลยศาสตร์ทางเดินอาหาร (ผ่าตัดกระเพาะอาหาร)
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูล que ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการ
รักษาพยาบาล

- **วิธีการรักษา ชื่อหัตถการ** คือ การผ่าตัดเอากระเพาะอาหารออกทั้งหมด หรือบางส่วน หรือ การเปลี่ยนทิศทางลำไส้เล็ก ต่อกับกระเพาะอาหาร และ/หรือ ใส่สายยางให้อาหารทางลำไส้เล็ก
- **ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา** เป็นการผ่าตัดเพื่อเอากระเพาะอาหารที่มีเนื้องอกที่มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติออกมา เพื่อเอาชิ้นเนื้อมาตรวจเพื่อช่วยในการตรวจวินิจฉัยโรค และช่วยในการรักษาโรคได้ ทั้งนี้ช่วยลดการแพร่กระจายของโรคได้ ซึ่งเนื้องอกในทางเดินอาหารถ้าไม่ได้ตัดออก ถ้าเป็นเนื้อร้ายอาจทำให้มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่อวัยวะอื่นๆ ได้ และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ทำให้มีอาการอาเจียนเป็นเลือดอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ และทางเดินอาหารอาจอุดตันจากขนาดเนื้องอกที่ใหญ่ขึ้นทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ เกิดภาวะขาดสารอาหารและเสียชีวิตได้ โดยวิธีการผ่าตัดทางช่องท้อง และทำทางเดินอาหารใหม่โดยนำลำไส้เล็กต่อกับหลอดอาหารส่วนปลาย
- **วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก** คือ การดมยาสลบ และ/หรือ ร่วมกับการใช้ยาระงับความรู้สึกผ่านช่องนอก ไช่หลัง
- **ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น** ได้แก่การผ่าตัดเปลี่ยนทิศทางเดินอาหาร ใส่ท่อให้อาหารทางลำไส้เล็กเท่านั้นกรณีไม่สามารถตัดมะเร็งออก หรือเปลี่ยนทิศทางเดินอาหารได้ หรือ ไม่ผ่าตัดและรับยาเคมีบำบัด
- **ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้** คือ เป็นการรักษาหลัก สามารถตัดเนื้องอกที่ผิดปกติออกทั้งหมด และเพื่อช่วยในการตรวจวินิจฉัยโรคทางพยาธิวิทยาได้อย่างละเอียด
- **ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้** คือ ใช้เวลาผ่าตัดนาน ตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองและ มีการตัดต่อทางเดินอาหารร่วมหลายจุด
- **ผลการรักษา** คือ นำเนื้องอกที่มีความผิดปกติออกมาจากร่างกาย และทำให้รับประทานอาหารได้หลังพักฟื้น
- **ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้** คือ ต้องนอนโรงพยาบาล 2-3 สัปดาห์
- **ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น** คือ มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตระหว่างผ่าตัดได้ร้อยละ 1- 2 ส่วนภาวะแทรกซ้อนมีโอกาสเกิดได้ร้อยละ 10 เช่น ภาวะเสียเลือดมา หัวใจล้มเหลว การติดเชื้อในกระแสโลหิต และการติดเชื้อในทางเดินหายใจ เลือดออกหลังผ่าตัดอาจจะต้องกลับเข้าห้องผ่าตัดอีกครั้ง แผลผ่าตัดติดเชื้อ บริเวณที่ตัดต่อกระเพาะอาหารรั่ว และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากการตัดกระเพาะอาหารออกไปที่อาจเกิดขึ้นได้เช่น ภาวะกรดไหลย้อน ทางเดินอาหารอุดตัน ภาวะน้ำตาลต่ำหลังรับประทานอาหาร ภาวะเหงื่อตกใจสั่นหลังรับประทานอาหาร อาการท้องเสีย เป็นต้น





1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ทำการบำบัดรักษา
2. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำการผ่าตัด
3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งเลือดดังกล่าวได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้ว และไม่พบหลักฐาน
การติดเชื้อ ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว
4. เพื่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสเอดส์และตับอักเสบก่อน
ผ่าตัด ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอมตรวจเลือดดังกล่าว

เมื่อข้าพเจ้าได้เข้าใจถึงผลดี-ผลเสียของการผ่าตัดโดยละเอียดและได้มีโอกาสซักถามแพทย์แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้
แพทย์ทำการรักษา จึงได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอมซึ่งเป็น	☐ ผู้ป่วย
ชื่อ-สกุล (.....)	☐ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย
ลายพิมพ์นิ้วมือข้าง.....นิ้ว.....	
ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย	☐ ไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยมาคนเดียว
ชื่อ-สกุล (.....)	☐ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย
ลงชื่อ.....ผู้ให้คำอธิบาย	☐ ตำแหน่งหน้าที่.....
ชื่อ-สกุล (.....)	
ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา	☐ ตำแหน่งหน้าที่.....
ชื่อ-สกุล (.....)	

