



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา-ผ่าตัด  
หน่วยศัลยศาสตร์ระบบหัว คอ และเต้านม Thyroid lobectomy  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการ  
รักษาพยาบาล

**ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา**

ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นก้อนที่ต่อมไทรอยด์ข้างขวาซ้าย ไม่ก่อให้เกิดอาการ (nodular goiter) ก่อให้เกิดอาการ  
(Toxic adenoma) จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อตัดต่อมไทรอยด์ด้าน ขวา ซ้าย ออก

**วิธีการรักษา** ชื่อหัตถการ Right Left Thyroid lobectomy : การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ข้าง ขวา ซ้าย ออก

**วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก** โดยการดมยาสลบ.(general anesthesia)

**ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น** การผ่าตัดตาม , การกลืนแร่

**ข้อดี เมื่อใช้วิธีนี้**

- Thyroid lobectomy เป็นการรักษาโรค และได้ตรวจผลชิ้นเนื้อ

**ข้อเสีย เมื่อใช้วิธีนี้**

- จะเหลือต่อมไทรอยด์ข้างเดียว ซึ่งโดยปกติจะเพียงพอในการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนแก่ร่างกาย แต่มีบางกรณี  
ที่ต่อมไทรอยด์ที่เหลือสร้างฮอร์โมนได้ไม่เพียงพอต่อร่างกาย ซึ่งท่านจะต้องรับประทานไทรอยด์ฮอร์โมน  
เสริม

**ผลการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้**

- จะเป็นการรักษาโรค และได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องจากผลชิ้นเนื้อ

**ระยะเวลาในการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้**

- ท่านจะต้องนอนโรงพยาบาล.หลังผ่าตัดอีกประมาณ 3-5 วัน เพื่อบริการให้น้ำเกลือและเลือดที่อาจค้างอยู่แห่ง  
ลง ก่อนที่จะดื่มน้ำเหลวออก

**ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้วิธีนี้**

- อาจมีอาการเสียงแหบ, อาจมีการติดเชื้อของแผลผ่าตัดซึ่ง อาจจะทำให้ ระยะเวลาที่อยู๋โรงพยาบาลนานขึ้น  
เพื่อรับยาปฏิชีวนะ หรือผ่าตัดระบายหนอง





J-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.....



I-121-0011 ใบยินยอม