



J-121-0011 ใบยินยอม

หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา-ผ่าตัด  
หน่วยศัลยศาสตร์ระบบหลอดเลือด (การผ่าตัดรักษาเส้นเลือดอุดตัน)  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบเพื่อให้ความยินยอมในการเข้ารับการรักษายาบาล

**วิธีการรักษา** การผ่าตัดกำจัดเส้นเลือดอุดตัน

**ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษ**

- การผ่าตัดบริเวณขาข้างที่เป็นเส้นอุดตันขนาดใหญ่เพื่อ นำเส้นดำที่อุดตันออก เพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดจากเส้นเลือดอุดตัน และถ้าไม่ทำการรักษาอาจเกิดแผลเรื้อรังได้

**วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก**

- การดมยาสลบหรือการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ซึ่งจะอยู่ภายใต้การดูแลของวิสัญญีแพทย์

**ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ได้แก่**

- การพันขา การสวมถุงน่อง

**ข้อดีเมื่อใช้วิธีนี้**

- กำจัดเส้นเลือดอุดตัน หายปวด

**ข้อเสียเมื่อใช้วิธีนี้**

- มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัดและการใช้ยาระงับความรู้สึก

**ผลการรักษา**

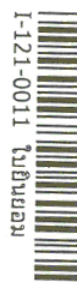
- เส้นเลือดอุดตันหาย 70%

**ระยะเวลาในการรักษาเมื่อใช้วิธีนี้**

- ต้องนอนโรงพยาบาลประมาณ 2-4 วัน

**ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น**

- เกิดรอยช้ำระบมที่ผ่าตัด มีอาการชาจากเส้นประสาทรับความรู้สึกถูกรบกวน (5%) เส้นเลือดดำลึกมีก้อนเลือด (2%) และกลับเป็นเส้นเลือดอุดตันใหม่ (30%)



I-121-0011 ใบยินยอม



J-121-0011 ใบยินยอม

1. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทำการบำบัดรักษา
2. ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทำการผ่าตัด
3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งเลือดดังกล่าวได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้ว และไม่พบหลักฐานการติดเชื้อโรคข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว
4. เพื่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสเอดส์และตับอักเสบก่อนผ่าตัด ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอมตรวจเลือดดังกล่าว

เมื่อข้าพเจ้าได้เข้าใจถึงผลดี-ผลเสียของการผ่าตัดโดยละเอียดและได้มีโอกาสซักถามแพทย์แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้ผ่าตัด จึง ได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอมซึ่งเป็น

☐ ผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล(.....)

☐ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลายพิมพ์นิ้วมือข้าง.....นิ้ว.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย

☐ ไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยมาคนเดียว

ชื่อ-สกุล(.....)

☐ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำอธิบาย

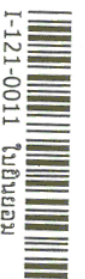
☐ ตำแหน่ง หน้าที่.....

ชื่อ-สกุล(.....)

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

☐ ตำแหน่ง หน้าที่.....

ชื่อ-สกุล(.....)



I-121-0011 ใบยินยอม