



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา - ผ่าตัด

หน่วยกุมารศัลยศาสตร์

โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ คณะแพทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อนามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบในการผ่าตัด

- ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา.. ในเด็กที่เป็นโรคไม่มีรูทวารแต่กำเนิดส่วนหนึ่งจะได้รับการรักษาด้วยการยกลำไส้ขึ้นที่หน้าท้องในตอนทารกแรกเกิด และนัดมาทำการผ่าตัดสร้างรูทวารอีกครั้ง การผ่าตัดนี้จะเป็นการผ่าตัดโดยเอาลำไส้มาเปิดที่ผิวหนังและสร้างรูทวารใหม่ขึ้น เพื่อให้เด็กสามารถใช้ในการขับถ่ายในอนาคต
- วิธีการรักษา ข้อห้ามการ การผ่าตัดสร้างรูทวาร
- วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก .. ดมยาสลบทั่วไป
- ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น .. ไม่มี
- ข้อดี เมื่อใช้วิธีนี้ ... การผ่าตัดจะกระทำโดยผู้ป่วยจะมีบาดแผลที่ก้นกบด้านหลัง ยาวลงมาถึงบริเวณที่ควรจะเป็นรูทวาร จะทำให้ศัลยแพทย์มองเป็นกล้ามเนื้อที่ให้การกลั้นอุจจาระและสามารถวางลำไส้ได้ตรงกับที่กล้ามเนื้ออยู่ การตัดเลาะลำไส้ส่วนปลายเป็นไปได้ง่าย ไม่ตึง
- ข้อเสีย เมื่อใช้วิธีนี้ ... แผลค่อนข้างกว้าง ต้องคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานานและต้องได้รับการดมยาสลบ
- ผลการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้ ... มีรูทวารที่ใช้ขับถ่ายได้
- ระยะเวลาในการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้ ... ผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัด 3 วัน เพื่อทำการเตรียมลำไส้ให้สะอาดก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดต้องคาสายสวนปัสสาวะอีก7-14วัน และรอจนกระทั่งลำไส้กลับมาทำงานได้ดี รวมระยะเวลาอนรรพ. ประมาณ 1-2 สัปดาห์



- ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเมื่อใช้วิธีนี้ .. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ เกิดภาวะแผลอักเสบ

เลือดออก เกิดการบาดเจ็บของท่อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อสายสวนปัสสาวะได้ รุทวารที่สร้างใหม่อาจจะมีภาวะตีบได้ จึงต้องมีการถ่างขยายรุทวารต่อหลังจากการผ่าตัด

1. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ทำการบำบัดรักษา
2. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่รักษาด้วยการผ่าตัด
3. กรณีที่แพทย์จำเป็นต้องให้เลือดเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วและไม่พบหลักฐานการติดเชื้อข้าพเจ้า
- ยินยอม ไม่ยินยอม รับเลือดดังกล่าว

โดยแพทย์ ได้อธิบายรายละเอียด เหตุผล วิธีการรักษา ความจำเป็น ของการรักษา

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอมซึ่งเป็น ผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล (.....) เกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย

ลายพิมพ์นิ้วมือข้าง..... นิ้ว

ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ป่วย ไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยมาคนเดียว

ชื่อ-สกุล (.....) เกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย

ลงชื่อ ผู้ให้คำอธิบาย ตำแหน่ง หน้าที่.....

ชื่อ-สกุล (.....)

ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ให้การรักษา

ชื่อ-สกุล (.....) ตำแหน่ง หน้าที่.....

