

หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา - ผ่าตัด

หน่วยกุมารศัลยศาสตร์

โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ คณะแพทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อนามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบในการผ่าตัด

- ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา.. โรคไส้เลื่อนขาหนีบในเด็ก ไม่สามารถหายได้เอง หากปล่อยไว้ไม่ทำการรักษาอาจจะทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน ลำไส้ขาดเลือดและถึงแก่ชีวิตได้ การผ่าตัดจะมีแผลผ่าตัดที่ขาหนีบและทำการปิดช่องทางผ่านของไส้เลื่อน

- วิธีการรักษา ข้อห้ามการ การผ่าตัดซ่อมไส้เลื่อน

- วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก .. ตมยาสลบทั่วไป

- ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น .. การผ่าตัดซ่อมไส้เลื่อนด้วยวิธีการส่องกล้อง ไม่เป็นที่นิยมนักเนื่องจากใช้เวลากการผ่าตัดนานและต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ

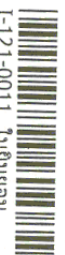
- ข้อดี เมื่อใช้วิธีนี้ ... บาดแผลเล็ก ระยะเวลาการผ่าตัดไม่นาน

- ข้อเสีย เมื่อใช้วิธีนี้ ... มีบาดแผลผ่าตัดและต้องได้รับการดมยาสลบ

- ผลการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้ ... สามารถรักษาให้หายขาดได้

- ระยะเวลาในการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้ ... ผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัด 1 วัน ยกเว้นผู้ป่วยมีโรคที่ต้องการการดูแลก่อนผ่าตัด อาจจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัดนานขึ้นและส่วนใหญ่สามารถให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ภายใน 1 – 2 วัน หลังผ่าตัด

- ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเมื่อใช้วิธีนี้ .. การผ่าตัดซ่อมไส้เลื่อน เป็นการผ่าตัดที่ทำบ่อยและค่อนข้างปลอดภัย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ เกิดภาวะแผลอักเสบ เลือดออก อัมพาตของเท้า การบาดเจ็บของท่อทางเดินอสุจิหรือ





หลอดเลือดของถุงอัมพาต การกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งความเสี่ยงที่เกิดจากการดมยาสลบ แต่อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เกิดได้
น้อยมาก

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.....

