



หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา - ผ่าตัด

หน่วยกุมารศัลยศาสตร์

โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ คณะแพทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ป่วยชื่อนามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบในการผ่าตัด

- ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา.. โรคถุงน้ำในถุงอัณฑะ เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้บ่อย และสามารถหายได้เองในเด็กที่อายุก่อน 1 ปี หากเด็กมีอายุมากกว่า 1 ปีและก้อนไม่มีแนวโน้มจะยุบ เห็นควรให้ได้รับการผ่าตัด เพราะโอกาสที่จะยุบเองน้อยลง

- วิธีการรักษา ชื่อหัตถการ การผ่าตัดถุงน้ำที่ถุงอัณฑะ

- วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก .. ตมยาสลบทั่วไป

- ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น .. ดูอาการโดยไม่ทำการผ่าตัด ส่วนใหญ่แล้วก้อนมักจะไม่ยุบลง และอาจขยายขนาดขึ้นได้

- ข้อดี เมื่อใช้วิธีนี้ ... บาดแผลเล็ก ระยะเวลาการผ่าตัดไม่นาน

- ข้อเสีย เมื่อใช้วิธีนี้ ... มีบาดแผลผ่าตัดและต้องได้รับการดมยาสลบ

- ผลการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้ ... สามารถรักษาให้หายขาดได้

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

- ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเมื่อใช้วิธีนี้ .. การผ่าตัดถุงน้ำที่ถุงอัณฑะเป็นการผ่าตัดที่ทำบ่อยและค่อนข้างปลอดภัย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ เกิดภาวะแผลอักเสบ เลือดออก อัณฑะฝ่อ เกิดการบาดเจ็บของท่อทางเดิน



อสุจิหรือหลอดเลือดของถุงอัณฑะ การกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งความเสี่ยงที่เกิดจากการดมยาสลบ แต่อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อน
เหล่านี้เกิดได้น้อยมาก



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.....

