

หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ทำการบำบัดรักษา - ผ่าตัด

หน่วยกุมารศัลยศาสตร์

โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ คณะแพทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....วัน.....

ผู้ป่วยชื่อนามสกุล.....

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยควรรับทราบในการผ่าตัด

- **ข้อมูล รายละเอียด เหตุผล ความจำเป็น ในการเข้ารับการรักษา..** โรคลำไส้ไม่มีมประสาท เป็นโรคที่เกิดจาก ลำไส้บางส่วนไม่มีการพัฒนาปมประสาท และเกิดภาวะลำไส้ไม่บีบตัว ทำให้เกิดการคั่งค้างของอุจจาระ เกิดภาวะลำไส้อุดตัน ต้องรักษาด้วยการทำการผ่าตัดลำไส้ส่วนที่ไม่มีปมประสาทออกและเอาลำไส้ส่วนที่มีปมประสาทมาเย็บต่อ ทำให้การทำงานของลำไส้ดีขึ้น หากไม่รักษา เด็กจะมีอาการท้องอืด กินนม อาหาร ไม่ได้ การเจริญเติบโตช้า ไม่สามารถขับถ่ายเองได้และมีภาวะอักเสบติดเชื้อของลำไส้

- **วิธีการรักษา ข้อห้ามการ** การผ่าตัด-ต่อลำไส้ผ่านทางรูทวาร Transanal endorectal pull through

- **วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึก ..** ตมยาสลบทั่วไป

- **ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ..** การผ่าตัดเลาะลำไส้ไม่มีมประสาทผ่านทางหน้าท้อง วิธีนี้ผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดและระยะเวลาการนอนรพ.นานขึ้น

- **ข้อดี เมื่อใช้วิธีนี้ ...** ไม่มีบาดแผล ระยะเวลาการผ่าตัดและพักฟื้นไม่นาน

- **ข้อเสีย เมื่อใช้วิธีนี้ ...** ต้องมีการเตรียมลำไส้ด้วยการสวนล้างสวนล้างก่อนผ่าตัดเป็นระยะเวลานาน เพื่อให้ลำไส้ลดการพองตัว และทำการผ่าตัดได้ง่าย

- **ผลการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้ ...** สามารถขับถ่ายอุจจาระได้เอง กินนมได้ท้องไม่อืด

- **ระยะเวลาในการรักษา เมื่อใช้วิธีนี้ ...** ผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัด 3 วัน เพื่อทำการเตรียมลำไส้ให้สะอาดก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดต้องคาสายสวนปัสสาวะอีก3วัน และรอจนกระทั่งลำไส้กลับมาทำงานได้ดี รวมระยะเวลาอนรพ.

ประมาณ 1 สัปดาห์



J-121-0011 ใบนินยอม

- ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเมื่อใช้วิธีนี้ .. เนื่องจากการผ่าตัดต่อลำไส้อาจเกิดภาวะรอยต่อติบได้ อาจจะ

ต้องทำการถ่ายขยายรูทวาร รอยต่ออักเสบเรื้อรัง เกิดการติดเชื้อ หรือภาวะเลือดออกได้

- 1. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ทำการบำบัดรักษา
- 2.ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอมให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่รักษาด้วยการผ่าตัด
- 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.....

I-121-0011 ใบนินยอม