



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๑๔๒๘

ที่ สธ ๐๒๐๒.๔.๑/ ๓๐๘๙ วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย

เรียน อธิบดีทุกระกรมและเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

ด้วยปัจจุบันมีความขัดแย้งในการบริการรักษาพยาบาลระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก เนื่องจากการสื่อสารการให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการให้ความยินยอมของผู้ป่วยอยู่บนพื้นฐานรับทราบข้อมูลไม่เพียงพอ ประกอบกับมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๘ กำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพอย่างเพียงพอแก่ผู้รับบริการ เพื่อประกอบการตัดสินใจรับหรือไม่รับบริการนั้นๆ และถ้าผู้รับบริการปฏิเสธจะให้บริการนั้นไม่ได้ จึงถือเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าว นอกจากนี้ยังถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยด้วย

กระทรวงสาธารณสุข พิจารณาแล้วขอเรียนว่า ได้ตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าว จึงได้จัดทำโครงการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง แนวทางการให้ข้อมูลและความยินยอมของผู้ป่วยเมื่อวันที่ ๑๕-๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ที่จังหวัดนนทบุรี และได้พิจารณานำผลการประชุมดังกล่าว มาศึกษาวิเคราะห์จัดทำหลักเกณฑ์การให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ถือเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป ดังรายละเอียดปรากฏตามหลักเกณฑ์การให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วยที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบและถือเป็นแนวทางการปฏิบัติต่อไปด้วย  
จะเป็นพระคุณ

(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง

หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ที่ สธ ๐๒๐๒.๔.๑/๗.๓๒๕



กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๘ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย หลักเกณฑ์การให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย

ด้วยปัจจุบันมีความขัดแย้งในการบริการรักษาพยาบาลระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก เนื่องจากการสื่อสารการให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการให้ความยินยอมของผู้ป่วยอยู่บนพื้นฐานรับทราบข้อมูลไม่เพียงพอ ประกอบกับมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๘ กำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพอย่างเพียงพอแก่ผู้รับบริการ เพื่อประกอบการตัดสินใจรับหรือไม่รับบริการนั้นๆ และถ้าผู้รับบริการปฏิเสธจะให้บริการนั้นไม่ได้ จึงถือเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าว นอกจากนี้ยังถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยด้วย

กระทรวงสาธารณสุข ขอเรียนว่า ได้ตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าว จึงได้จัดทำโครงการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง แนวทางการให้ข้อมูลและความยินยอมของผู้ป่วย เมื่อวันที่ ๑๕-๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ที่จังหวัดนนทบุรี และได้พิจารณานำผลการประชุมดังกล่าวมาศึกษาวิเคราะห์จัดทำหลักเกณฑ์การให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ถือเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป ดังรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งหน่วยงานในสังกัดและผู้เกี่ยวข้องถือเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง

หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวง

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองกฎหมาย

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๖๗๘

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๓๔

E-mail: legal@health.moph.go.th

## หลักเกณฑ์การให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาล และความยินยอมของผู้ป่วย

ด้วยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๘ บัญญัติให้บุคคลด้านสาธารณสุข ต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใดจะให้บริการนั้นไม่ได้ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้รับบริการอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน หรือ กรณีผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่ไม่อาจรับทราบข้อมูลได้และไม่อาจแจ้งบุคคลที่กฎหมายกำหนดให้รับทราบข้อมูลแทนได้ ประกอบกับการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์เป็นการกระทำต่อร่างกายหรือจิตใจของมนุษย์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา จึงต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนให้บริการเพื่อยกเว้นความรับผิดทางอาญาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความจำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ ที่จะต้องดำเนินการให้ถูกต้องตามกฎหมาย จึงกำหนดแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลและการให้ความยินยอม ดังนี้

### ข้อ ๑. ในหลักเกณฑ์นี้

“ข้อมูลการรักษาพยาบาล” หมายความว่า ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ โรค อาการ พยาธิสภาพของผู้ป่วย รวมทั้งการรักษาพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์

“บุคลากรทางการแพทย์” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักสาธารณสุขชุมชน รวมทั้งผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในด้านอื่น ๆ ด้วย

ข้อ ๒. การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล เป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ตามกฎหมาย

ข้อ ๓. การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ต้องให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เพื่อประกอบการตัดสินใจว่าจะรับการรักษาพยาบาลหรือไม่ โดยข้อมูลดังกล่าวอย่างน้อยต้องประกอบด้วย

(๑) อาการสำคัญและการวินิจฉัยของแพทย์

(๒) แนวทางการรักษา

(๓) ความเสี่ยงของการรักษา

(๔) ทางเลือกของการรักษา

(๕) ความเสี่ยงของทางเลือกการรักษา

(๖) แนวทางการปฏิบัติของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษาพยาบาล

ข้อ ๔. บุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ให้ข้อมูล มีดังนี้

(๑) แพทย์ หรือทันตแพทย์ ที่เป็นผู้ทำการรักษาพยาบาล (เจ้าของไข้) เป็นผู้ทำหน้าที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยตรง เว้นแต่ในกรณีมีเหตุจำเป็นที่บุคคลดังกล่าวไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยด้วยตนเองได้อาจให้แพทย์หรือทันตแพทย์ท่านอื่นแล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ข้อมูลแทนโดยโรงพยาบาลอาจจัดลำดับผู้ให้ข้อมูลแทนไว้ตามความเหมาะสมก็ได้ หากยังไม่อาจจัดหาแพทย์ หรือทันตแพทย์ แล้วแต่กรณีเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ ก็อาจมอบหมายให้พยาบาล เป็นผู้ให้ข้อมูลแทนก็ได้

(๒) ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์อื่นที่ไม่ใช่แพทย์ ก็เป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในส่วนที่ตนเกี่ยวข้องด้วย เช่น เภสัชกรต้องให้ข้อมูลยา การใช้ยา ผลข้างเคียงการใช้ยา หรือ นักกายภาพบำบัด ก็ต้องให้ข้อมูลกระบวนการทำกายภาพบำบัดและข้อมูลอื่นตามข้อ ๓. โดยอนุโลมแก่ผู้มารับการบำบัดอย่างเพียงพอ ก่อนทำการบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นต้น

(๓) เจ้าหน้าที่...

(๓) เจ้าหน้าที่อื่นที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ ก็ต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของตน เช่น พนักงานเปล หรือ รถเข็นผู้ป่วยก็ต้องอธิบายการใช้เปล ข้อควรระวังแก่ผู้ป่วยด้วย เป็นต้น

ข้อ ๕ การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล จะทำด้วยวาจาหรือเป็นหนังสือลงลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล และผู้รับทราบข้อมูลและพยานอย่างน้อยหนึ่งคนก็ได้ ในกรณีไม่สามารถทำเป็นหนังสือได้ก็ให้บันทึกการให้ข้อมูลดังกล่าว โดยมีสาระสำคัญพอสังเขปไว้ในเวชระเบียน และลงชื่อผู้ให้ข้อมูล ผู้รับข้อมูลไว้ ทั้งนี้ แม้ว่าจะได้ทำหนังสือแสดงการให้ข้อมูลแล้วก็ตาม ก็ควรเขียนว่าได้ให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลแล้วไว้ในเวชระเบียนด้วย

ในกรณี ผู้รับข้อมูลไม่ยอมลงลายมือชื่อ หรือไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้บันทึกว่า ผู้รับข้อมูลได้รับทราบข้อมูลดังกล่าวแล้วแต่ไม่ยอมลงลายมือชื่อไว้ในหนังสือ หรือในเวชระเบียนด้วย

ข้อ ๖ บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้รับข้อมูลการรักษาพยาบาล

(๑) ผู้ป่วย

(๒) บุคคลผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยไม่อยู่ในฐานะรับทราบข้อมูลได้

- ทายาทโดยธรรมของผู้ป่วย คือ บิดา มารดา บุตร พี่น้องร่วมบิดามารดา พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดา ปู่ย่าตายาย ลุงป้าน้าอา

- สามีหรือภรรยาของผู้ป่วย

- ผู้ปกครอง (ผู้ที่ศาลตั้งให้เป็นผู้ปกครองผู้ป่วย)

- ผู้ปกครองดูแล (ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยแทนบิดามารดา มาช่วงระยะหนึ่งหรือตลอดมา)

- ผู้อนุบาล (บุคคลที่ศาลแต่งตั้งให้เป็นผู้อนุบาลบุคคลไร้ความสามารถ)

- ผู้พิทักษ์ (บุคคลที่ศาลแต่งตั้งให้เป็นผู้พิทักษ์บุคคลเสมือนไร้ความสามารถ)

ข้อ ๗ การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล

(๑) การให้ข้อมูล แก่ผู้ป่วยนอก

(๒) การให้ข้อมูล แก่ ผู้ป่วยใน

ข้อ ๘ การให้ข้อมูลผู้ป่วยนอกควรประกอบด้วย อาการสำคัญ พยาธิสภาพของผู้ป่วยการวินิจฉัยเบื้องต้นของแพทย์ แนวทางการรักษา ข้อเสนอแนะการปฏิบัติตน และหากมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ทันที เมื่อให้ข้อมูลแล้วให้บันทึกไว้ในเวชระเบียนโดยสังเขปจะให้ผู้ป่วยลงชื่อด้วยก็ได้

ข้อ ๙ การให้ข้อมูลผู้ป่วยในควรประกอบด้วย ข้อมูลตามข้อ ๓ (๑) - (๖) โดยในกรณีที่จะต้องทำการรักษาเพิ่มเติมจากโรคที่ได้ให้ข้อมูลดังกล่าวแล้ว ก็จะต้องให้ข้อมูลการรักษาเพิ่มเติมนั้นใหม่ทุกครั้ง และควรบันทึกว่าได้แจ้งข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบแล้วไว้ในเวชระเบียนด้วย

ข้อ ๑๐ ในการทำหัตถการ หรือกระบวนการรักษาที่มีความเสี่ยงต่อความพิการหรือเสียชีวิต บุคลากรทางการแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาลนั้น ต้องทำการให้ข้อมูล และขอความยินยอมทุกครั้ง เว้นแต่เป็นกรณีที่เป็นการต่อเนือง อาจขอเพียงครั้งเดียว เช่น การให้เลือด เป็นต้น และที่กฎหมายบัญญัติยกเว้นไว้ตามข้อ ๑๑

ข้อ ๑๑ บุคลากรทางการแพทย์ ไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล แก่ผู้ป่วย หรือผู้กระทำการแทนผู้ป่วย

(๑) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต และมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ เป็นอย่างรีบด่วน

(๒) ผู้ป่วยไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ เช่น ไม่มีสติสัมปชัญญะ เป็นต้น และไม่สามารถติดต่อบุคคลตาม ข้อ ๖ (๒) ได้

ทั้งนี้ เมื่อจะทำการรักษาพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ต้องบันทึกเหตุดังกล่าวตาม (๑) หรือ (๒) ไว้ในเวชระเบียนเสมอ

ข้อ ๑๒ เมื่อผู้ป่วยหรือผู้กระทำการแทน ได้รับทราบข้อมูลการรักษาพยาบาลแล้ว โรงพยาบาลจะต้องให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะรับบริการรักษาพยาบาลหรือไม่ ทุกกรณี

การยินยอมรับบริการหรือไม่ยินยอมรับบริการ ต้องมีหลักฐานแสดงเป็นหนังสือ ในกรณีผู้ป่วย ไม่ยอมลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลให้บันทึกไว้ในเวชระเบียนด้วย

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและการยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน ผู้ป่วย ให้เป็นไปตามแบบท้ายหลักเกณฑ์นี้

ในกรณีโรงพยาบาลประสงค์จะออกหนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและการยินยอมของผู้ป่วยเองก็ให้ทำได้ แต่ต้องมีสาระสำคัญไม่น้อยกว่าที่กำหนดในแบบท้ายหลักเกณฑ์นี้

ข้อ ๑๓ ความยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนของผู้ป่วย จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่มีความผิดอาญา และทางแพ่ง เว้นแต่จะเป็นการกระทำ ประมาทเลินเล่อ

ข้อ ๑๔ บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้มีอำนาจให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่รับการรักษาพยาบาล

(๑) ผู้ป่วยที่บรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

(๒) สามีหรือภริยาตามกฎหมายและฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ

(๓) บิดา มารดา กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

(๔) ผู้อนุบาลที่ศาลแต่งตั้งกรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ

(๕) ผู้พิทักษ์ที่ศาลแต่งตั้ง กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

ผู้บรรลุนิติภาวะ หมายถึง ผู้มีอายุครบยี่สิบปีบริบูรณ์ หรือ ผู้ที่มีอายุ ๑๗ ปี ซึ่งทำการสมรส โดยความยินยอมของบิดามารดา หรือ ผู้มีอายุ ๑๕ ปี ที่สมรสโดยการอนุญาตของศาล

ข้อ ๑๕ ในกรณีที่ไม่มีผู้ให้ความยินยอมตามข้อ ๑๔ ให้บุคลากรทางการแพทย์ทำการรักษาพยาบาลต่อไป หากเป็นกรณีที่จำเป็นต้องทำหัตถการ หรือดำเนินการรักษาพยาบาลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ ให้บันทึกในเวชระเบียนว่า ผู้ป่วยอยู่ในภาวะมีอันตรายร้ายแรงที่อาจพิการหรือเสียชีวิต จำเป็นต้องทำการรักษาโดยเร่งด่วน และไม่มีผู้รับข้อมูลและให้ความยินยอม แล้วจึงทำการรักษาต่อไปได้ โดยหากมีญาติอื่น ๆ หรือเพื่อนผู้ป่วยที่อยู่ด้วยก็ให้ลงลายมือชื่อเป็นผู้รับทราบและเป็นพยานด้วย

ข้อ ๑๖ ความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วยยังคงมีผลใช้ได้ จนกว่าจะมีการยกเลิกโดยมีหลักฐานเป็นหนังสือ การยกเลิกความยินยอมหรือไม่ยินยอมไม่มีผลกระทบต่อรักษาพยาบาลที่ได้ดำเนินการ ก่อนมีการยกเลิกดังกล่าว

ข้อ ๑๗ การปฏิเสธการรับบริการรักษาพยาบาล มีผลทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีอำนาจทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภายหลังจากนั้น

การปฏิเสธการรักษาต้องมีหลักฐานเป็นหนังสือ

ข้อ ๑๘ ในกรณี...

ข้อ ๑๘ ในกรณีผู้ป่วยเป็นชาวต่างประเทศ ให้มีล่ามแปลภาษาอ่านข้อความการให้ข้อมูลการรักษา และความยินยอมให้ผู้ป่วยฟัง พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและล่ามลงลายมือชื่อล่ามในหนังสือหรือในเวชระเบียนไว้ด้วย

ข้อ ๑๙ การดำเนินการใดที่ไม่ได้กำหนดในหลักเกณฑ์นี้ ให้ถือปฏิบัติตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่ง ประกาศ หรือ แนวทางของราชการกำหนดไว้ โดยอนุโลม

ข้อ ๒๐ ในกรณีที่มีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์นี้ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้พิจารณาการวินิจฉัย และถือเป็นที่สุด

---

## การให้ข้อมูลและความยินยอม

มาตรา ๘  
ให้ข้อมูลด้านบริการอย่างเพียงพอ  
เพื่อประกอบการตัดสินใจ รับ/ไม่รับบริการ

ผู้ให้ข้อมูล

- ผู้ให้ข้อมูล
- แพทย์เจ้าของไข้
  - แพทย์อื่น
  - พยาบาล
  - เจ้าหน้าที่อื่น

ข้อมูลที่ต้องให้

- ข้อมูลที่ต้องให้
- อาการสำคัญและการวินิจฉัย
  - แนวทางการรักษา
  - ความเสี่ยงของการรักษา
  - ทางเลือกของการรักษา
  - ความเสี่ยงของทางเลือกการรักษา
  - แนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษา

ไม่ต้องให้ข้อมูล/  
ไม่ต้องยินยอม

บันทึกในเวชระเบียน  
ลงชื่อ แพทย์ พยาบาล

ล่าม  
(ต่างดาว)

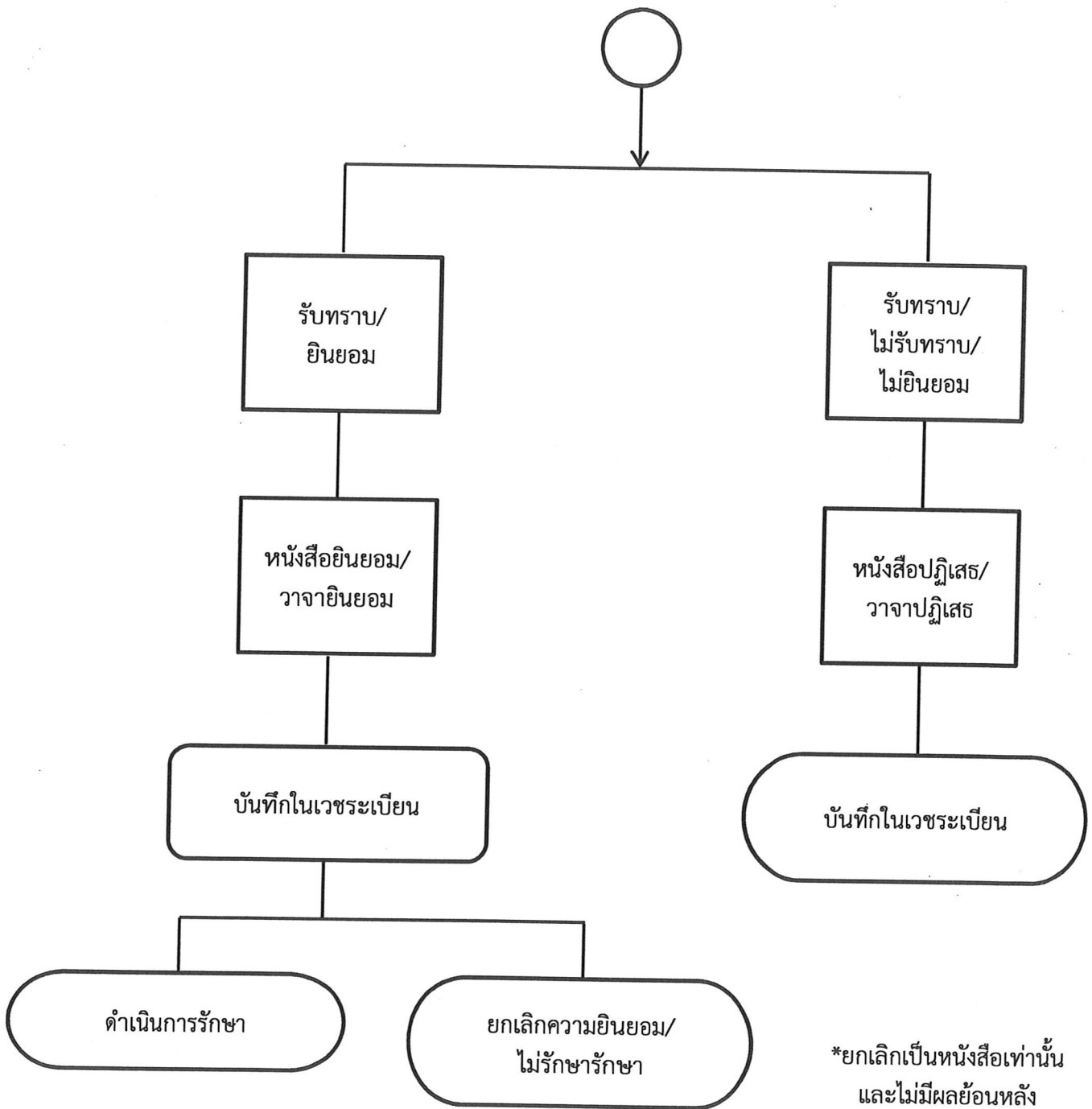
- กรณีไม่ต้องให้ข้อมูล (ม.๘ วรรคสาม)
- ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงแก่ชีวิตต้องช่วยเหลือโดยรีบด่วน
  - ผู้ป่วยไม่อยู่ในฐานะจะรับทราบข้อมูลและติดต่อผู้รับทราบแทนไม่ได้

ผู้รับข้อมูล

ผู้รับข้อมูล

๑. ผู้ป่วย
๒. ผู้รับแทนกรณีผู้ป่วยรับทราบไม่ได้
  - ทายาทโดยชอบธรรม (บุตร , บิดา , มารดา)
  - สามีหรือภรรยา
  - ผู้ปกครอง (ศาลตั้ง)
  - ผู้ปกครองดูแล
  - ผู้อนุบาล
  - ผู้พิทักษ์

## การให้ข้อมูลและความยินยอม (ต่อ)



ผู้ยินยอม/ไม่ยินยอม

- ผู้ป่วยบรรลุนิติภาวะและมี

สติสัมปัญญะ

- สามีภรรยา

- บิดามารดา

- ผู้อนุญาต

- ผู้พิทักษ์



หนังสือรับทราบข้อมูลและแสดงความยินยอมรับการฝากครรภ์และการตรวจรักษา

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วย)..... ผู้รับบริการอายุ..... ปี HN.....

ข้าพเจ้า..... ผู้ให้ข้อมูล

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและยินยอมเข้ารับการตรวจรักษาตลอดจนปฏิบัติตามคำแนะนำของคณะแพทย์-พยาบาล ทั้งยินยอมให้ทำการตรวจรักษา และรับการฝากครรภ์ รวมถึงการทำหัตถการต่าง ๆ ตามหลักวิชาชีพทางการแพทย์ได้ ซึ่งข้าพเจ้าได้อ่านและได้รับการชี้แจงเข้าใจถึงผลดี และผลเสีย รวมถึงภาวะแทรกซ้อน อันอาจเกิดจากการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดีแล้วซึ่งข้อมูลที่สำคัญได้แก่

	ผู้ให้ข้อมูล	ผู้รับบริการ	วันที่ให้ข้อมูล
การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องฝากครรภ์ไม่น้อยกว่า ๕ ครั้งตามเกณฑ์			
หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี ภาวะโรค ตับอักเสบ บี หมู่เลือด ภาวะซีด ภาวะเสี่ยงต่อโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย			
การได้รับการฉีดวัคซีนบาดทะยัก หากไม่ได้ประวัติการได้รับที่เพียงพอมาก่อน			
การซักประวัติเพื่อหาความเสี่ยงตามคู่มือฝากครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรก และได้รับทราบว่า <input type="radio"/> ไม่พบความเสี่ยง <input type="radio"/> พบเสี่ยง.....			
การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง โดยได้รับทราบข้อมูล และข้อจำกัดของการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง และเซ็นรับทราบข้อมูลในเอกสารแสดงความเจตนาเข้ารับการตรวจภายหลังการอ่านหรือได้รับการอธิบายแล้ว			
การทำหัตถการเจาะน้ำคร่ำ ในกรณีมีตั้งครรภ์อายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป เพื่อตรวจหาความเสี่ยงทารกดาวน์ซินโดรม หรือจากข้อบ่งชี้อื่น..... โดยสมัครใจ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลขั้นตอนการทำ ภาวะแทรกซ้อนทางเลือกอื่นได้แก่การเจาะเลือด ข้อดี ข้อเสีย และเซ็นรับทราบข้อมูลในเอกสารรายละเอียดภายหลัง การอ่านหรืออธิบายแล้ว			
การทำหัตถการ.....ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลขั้นตอนการทำ ภาวะแทรกซ้อน ทางเลือกอื่นได้แก่การเจาะเลือด ข้อดี ข้อเสีย และเซ็นรับทราบข้อมูลในเอกสารรายละเอียดภายหลังการอ่านหรืออธิบายแล้ว			
ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำการใช้สมุดฝากครรภ์ ข้อปฏิบัติต่างๆระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที			
คำแนะนำการนับลูกดิ้นเมื่ออายุครรภ์๗ เดือนขึ้นไป			
.....			

หนังสือแสดงความยินยอม/เจตนาเข้ารับการตรวจทางสรีรศาสตร์คลื่นเสียงความถี่สูง(อัลตราซาวด์)ทางสูติกรรม

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....

หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน.....เกี่ยวข้องกับ.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)  
เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการตรวจทารกในครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ขั้นตอนการตรวจจะตรวจทางหน้าท้อง จะมีการทาเจลใส่ที่บริเวณที่จะวางหัวตรวจลงไป ในบางครั้งอาจมีความจำเป็นที่จะต้องตรวจผ่านทางช่องคลอด จะมีการใส่หัวตรวจขนาดเล็กเข้าไปในช่องคลอด อาจจะทำให้รู้สึกเจ็บหรือไม่สบายเพียงเล็กน้อย

๒. คลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ สามารถสร้างภาพทารกในครรภ์โดยอาศัยการส่งสัญญาณคลื่นเสียงความถี่สูงไปกระทบกับอวัยวะภายในแล้วสะท้อนกลับออกมาเป็นภาพให้เห็นทางจอของเครื่องตรวจซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีรายงานถึงผลเสียหรืออันตรายในการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ทั้งต่อมารดา และทารกในครรภ์แต่อย่างไร

๓. แพทย์ผู้ตรวจจะทำการตรวจและรายงานข้อมูลที่สำคัญซึ่งมีผลต่อการดูแลขณะตั้งครรภ์ เช่น

๒.๑ การมีชีวิตของทารกในครรภ์

๒.๒ อายุครรภ์โดยประมาณการ

๒.๓ จำนวนทารกในครรภ์

๒.๔ ท่าหรือส่วนนำของทารกในครรภ์

๒.๕ ตำแหน่งของรก

๒.๖ ปริมาณน้ำคร่ำ

๒.๗ ความผิดปกติบางชนิดของทารกในครรภ์ที่อาจตรวจพบ

๔. ข้าพเจ้ารับทราบว่า กรณีที่แพทย์ได้ทำการตรวจตามแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและรายงานผลการตรวจว่าไม่พบความผิดปกตินั้น เครื่องมืออัลตราซาวด์ไม่สามารถที่จะยืนยันว่าทารกในครรภ์มีความสมบูรณ์แข็งแรงร้อยเปอร์เซ็นต์หรือไม่มีความผิดปกติใดๆของทุกอวัยวะเนื่องจากความพิการแต่กำเนิดบางชนิดไม่สามารถวินิจฉัยได้ก่อนคลอดหรืออาจเกิดขึ้นภายหลังการตรวจในครั้งนั้น อีกทั้งข้อจำกัดของการตรวจที่ภาพการตรวจจะไม่ชัดเจนในบางกรณี เช่น สตรีตั้งครรภ์อ้วนมากหรือมีผนังหน้าท้องหนา น้ำคร่ำน้อยหรือมากเกินไป ทารกอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสมหรือทารกดิ้นมาก เป็นต้น

๕. การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ เป็นเพียงเครื่องมือช่วยในการวินิจฉัยทารกในครรภ์เท่านั้น อาจมีความคลาดเคลื่อน และไม่สามารถวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์ได้ถูกต้องทั้งหมด

๖. ข้าพเจ้าได้สอบถามเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์และได้อ่านข้อความทั้งหมดอย่างละเอียดรอบคอบ ซึ่งข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดี จึงได้ลงลายมือชื่อแสดงเจตนาเข้ารับการตรวจทารกในครรภ์ ด้วยคลื่นความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

( ) ผู้ป่วย/ ( ) ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....(ผู้ตรวจ)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน/แพทย์)

(.....)

ใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการผ่าตัดคลอด

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....

หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน.....เกี่ยวข้องกับ.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)

เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้าและ (สามี, บิดา, มารดา.....)ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดทำคลอดดังต่อไปนี้

๑. เหตุผล/ความจำเป็นในการผ่าตัด (แยกด้านมารดา ด้านทารก)

เคยมีประวัติการผ่าตัดคลอดบุตร

การคลอดติดขัด

เหตุผลอื่น ๆ.....

ทางเลือกการรักษาอื่นของการคลอด ได้แก่ การคลอดทางช่องคลอดปกติ หรือใช้เครื่องมือช่วยคลอดทางช่องคลอด แต่แพทย์วินิจฉัยว่าถ้าปล่อยให้คลอดทางช่องคลอดอาจมีความเสี่ยงหรืออันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้

ระยะเวลาการผ่าตัดโดยประมาณ ๑ ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่รวมระยะเวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดระยะแรก ระยะเวลาในการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ๒-๕ วัน ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๒. ข้อดีของการผ่าตัดทำคลอด

๒.๑ ช่วยคลอดในกรณีคลอดทางช่องคลอดไม่ได้ เช่น การผิสดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับกระดูกเชิงกรานของมารดา ทารกท่าผิดปกติ รกเกาะต่ำ

๒.๒ ช่วยการคลอดให้รวดเร็วในกรณีเร่งด่วน เช่น มีหลักฐานแสดงถึงภาวะทารกขาดออกซิเจน สายสะดือย้อย เป็นต้น

๒.๓ กรณีเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือผ่าตัดมดลูก หากปล่อยให้เจ็บครรภ์คลอด อาจทำให้เกิดการปริหรือแตกที่มดลูก บริเวณแผลผ่าตัดเก่าได้

๓. ข้อเสียของการผ่าตัดทำคลอด

๓.๑ เกิดแผลขนาดใหญ่ที่หน้าท้อง และปวดแผลมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด

๓.๒ มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด

๔. ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดคลอด

๔.๑ ภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึก พบประมาณร้อยละ ๐.๕ เช่นการสำลักน้ำหรือเศษอาหารเข้าไปในหลอดลม ความดันโลหิตต่ำ ช็อก

๔.๒ แผลผ่าตัดที่ตัวมดลูกอาจฉีกขาดไปจนถึงปากมดลูก ช่องคลอด หรือเส้นเลือดที่มาเลี้ยงมดลูก พบได้ประมาณร้อยละ ๑-๒ ทำให้เสียเลือดมากในขณะผ่าตัด

๔.๓ อันตรายต่ออวัยวะข้างเคียงพบประมาณร้อยละ ๐.๑ เช่น กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และลำไส้

๔.๕ อันตรายต่อทารกพบประมาณร้อยละ ๑-๒ เช่น กระดูกหัก โดนมีดบาด

๕. ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดคลอด

๕.๑ มดลูกอักเสบติดเชื้อ พบประมาณร้อยละ ๐.๖

๕.๒ แผลผ่าตัดติดเชื้อพบประมาณร้อยละ ๒.๕ - ๖

๕.๓ ติดเชื้อในช่องท้องและมีถุงหนองในอุ้งเชิงกราน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะทางเดินหายใจ

๕.๔ ตกเลือดในช่องท้อง พบประมาณร้อยละ ๐.๕

๕.๕ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด พบน้อยกว่าร้อยละ ๐.๑

๕.๖ มารดามีโอกาสเสียชีวิตจากการผ่าตัดคลอดพบประมาณ ๑ ราย ต่อการผ่าตัด ๑๒,๐๐๐ ราย

๕.๕ ทารกอาจมีภาวะหายใจเร็วผิดปกติเกิดขึ้นชั่วคราวหลังคลอด พบได้ร้อยละ ๓.๑

๖. การใช้ยาระงับความรู้สึกก่อนการผ่าตัดคลอด ทำได้ ๒ วิธี คือ

การฉีดยาชาเข้าบริเวณไขสันหลัง หรือที่เรียกว่าบล็อกหลัง เป็นการแทงเข็มขนาดเล็กเข้าช่องน้ำไขสันหลังระดับเดียวกับบั้นเอว เพื่อจะฉีดยาชาเข้าไปทำให้หมดความรู้สึกเฉพาะส่วนล่างของร่างกาย ตั้งแต่เหนือเอวเล็กน้อยลงไปจนถึงนิ้วเท้า ข้อดี คือทารกไม่ถูกกดการหายใจ และมารดาสามารถรู้สึกตัวขณะผ่าตัดทำให้คุณแม่สามารถชื่นชมทารกได้ทันทีหลังเกิด นอกจากนี้ฤทธิ์ของยาชาอาจช่วยลดอาการเจ็บแผลในระยะหลังคลอดใหม่ๆ แต่ต้องใช้แพทย์ที่มีความชำนาญในการทำ และอาจต้องใช้เวลาในการทำหัตถการนานกว่าวิธีดมยาสลบ

การดมยาสลบ เป็นการฉีดยาให้หลับแล้วใส่ท่อช่วยหายใจเข้าไปในหลอดลม ข้อดี คือ ใช้เวลาในการเตรียมไม่นาน เหมาะสำหรับในรายที่ต้องการให้ทารกคลอดอย่างรวดเร็ว ข้อเสีย คือ อาจเกิดการหายใจของทารก ทำให้ทารกเขียวได้ในรายที่มารดาใส่ท่อช่วยหายใจยาก อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารเข้าปอดเกิดการติดเชื้อในปอด และมีอาการเจ็บคอได้

สำหรับการเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกนั้น ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของสูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และความพร้อมของโรงพยาบาล ซึ่งโดยทั่วไปจะพิจารณาตามความจำเป็นเร่งด่วน โรคหรือภาวะแทรกซ้อนของมารดา ข้อบ่งชี้และข้อบ่งห้ามของการระงับความรู้สึกแต่ละวิธี

อนึ่งภายหลังการผ่าตัดคลอด อาจเกิดภาวะตกเลือดรุนแรงจนต้องตัดมดลูกเพื่อเป็นการช่วยชีวิตของผู้คลอด ตลอดจนการรักษาอื่น ๆ เช่น การให้เลือดหรือยาหรืออาจจะมีการผ่าตัดอื่น ๆ ตามความจำเป็นและตามที่แพทย์เห็นสมควรในภาวะวิกฤตินั้น

ข้าพเจ้าและ.....ได้รับทราบว่าบางกรณีอาจจะมีทางเลือกอื่นของการคลอดและการผ่าตัดคลอดมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน แต่สมัครใจที่จะคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดและยอมรับผลที่จะเกิดขึ้น ดังนั้น จึงลงบันทึกเพื่อเป็นการยืนยันความต้องการ คือ

มีความยินยอมให้ผ่าตัดคลอดและผ่าตัดอื่น ๆ ตามความจำเป็น

ลงชื่อ/ผู้ให้ความยินยอม..... ลงชื่อพยาน/ญาติผู้คลอด.....

(.....)

(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้คลอด.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.

หมายเหตุ : กรณีผู้คลอดอายุน้อยกว่า ๑๗ ปี สามียังไม่บรรลุนิติภาวะหรือ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี จำเป็นต้องมีผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองหรือ ญาติที่ใกล้ชิด ลงบันทึกยินยอมผ่าตัดร่วมด้วยทุกครั้ง

หนังสือรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษา(สูติกรรม)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....

หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน.....เกี่ยวข้องกับ.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)  
เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล.....ทำการรักษา (ชื่อผู้ป่วย).....  
เพื่อวินิจฉัย บำบัดโรคส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การผดุงครรภ์ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจทางการ  
แพทย์ เช่น การให้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารใด ๆ เข้าสู่ร่างกาย และข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัยพยาบาล  
นั้น ๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อรับการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่นเมื่อมีเหตุอันสมควร

ข้อมูลที่ผู้ป่วยและญาติได้รับ

- โรค/กลุ่มอาการ.....ระยะเวลาในการรักษาประมาณ ๒-๕ วัน

- ความจำเป็นที่ต้องนอนรักษาใน รพ. เผื่อระวังดูแลให้การรักษาพยาบาลระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด

- แผนการรักษาเตรียมผู้ป่วยสำหรับการคลอด ค้นหาความเสี่ยง ติดตามความก้าวหน้า เผื่อระวังความเสี่ยง ช่วยคลอด

และดูแลหลังคลอด ส่งเสริมการให้นมแม่

- ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้คลอดทุกราย

๑. น้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด เป็นภาวะอันตรายที่ทำให้มารดา และทารกเสียชีวิตระหว่างรอคลอด ระยะคลอดและหลัง  
คลอดได้ อัตราการเกิด ๑๘,๐๐๐-๓๐,๐๐๐ คน ส่วนใหญ่จะเสียชีวิต ถ้าไม่เสียชีวิตจะมีความพิการทางสมองสูง

๒. ตกเลือดหลังคลอด ถ้าตกเลือดอย่างรุนแรงจะทำให้มารดาเสียชีวิตได้ ตกเลือดขั้นรุนแรงมากพบ  
ประมาณ ๑๑,๐๐๐ คน การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตประมาณ ๑๑% ของสาเหตุการตายทั้งหมด  
โดยเฉพาะผู้ตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยง ได้แก่.....

๓. รกลอกตัวก่อนกำหนด ถ้าพื้นที่การลอกตัวของรกมีมากทารกจะเกิดอันตราย ทำให้ทารกขาด  
ออกซิเจนอย่างรุนแรงและเสียชีวิตได้ มารดาช็อกจากการเสียเลือดมากและเกิดภาวะเลือดไหลไม่หยุดทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้

๔. มดลูกแตก อัตราการเกิด ๑:๒,๐๐๐ คน อัตราตายสูง มารดามักเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการเสีย  
เลือดจำนวนมากในระยะเวลาสั้น ๆ จะมีโอกาสรอดได้ในกรณีที่มีความรุนแรงมักต้องตัดมดลูกออกเพื่อช่วยชีวิต ส่วนน้อยที่เย็บ  
ซ่อมแซมได้ ทารกส่วนใหญ่มักเสียชีวิต

๕. การบาดเจ็บของทารกจากการช่วยคลอด เช่น บาดแผลที่ศีรษะ จากการเจาะถุงน้ำ การใช้คีม หรือ  
เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด การคลอดไหล่ขาดเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาททำให้แขนอ่อนแรง หรือกระดูกไหปลาร้าหัก

๖.....

โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความตลอดแล้วยินยอมรับการรักษาและยอมรับผลที่อาจเกิดขึ้นจากความเสี่ยง  
ทุกประการ จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ.....พยาน/ญาติผู้ป่วย  
(.....) (.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่  
(.....) (.....)

ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....

ใบแสดงการรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการผ่าตัดทำหมัน

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....

หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน.....เกี่ยวข้องกับ.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์โรงพยาบาล.....ทำการรักษา (ชื่อผู้ป่วย).....

วิธีการ

○ ทำหมันหลังคลอด โดยทั่วไปแพทย์จะทำหมันหลังคลอดภายใน ๑-๓ วัน หลังจากที่ได้รับความรู้สึกรู้สึก แพทย์จะผ่าตัดเปิดหน้าท้องบริเวณใต้สะดือหรือต่ำกว่านั้น เป็นแผลยาวประมาณ ๒-๓ ซม. และใช้เครื่องมือจับและผูกและ/หรือตัดท่อนำไข่ทั้ง ๒ ข้าง แล้วจึงเย็บปิดหน้าท้อง

○ ทำหมันแห้ง ทำเมื่อหญิงนั้นไม่อยู่ระยะหลังคลอดและแน่ใจว่าไม่ได้ตั้งครรภ์ หลังจากที่ได้รับความรู้สึกรู้สึก

ก. แพทย์จะผ่าตัดเปิดหน้าท้องบริเวณสะดือ เป็นแผลยาวประมาณ ๒-๔ ซม. และสอดเครื่องมือเข้าไป ส่องดูในอุ้งเชิงกราน และใช้อุปกรณ์เล็ก ๆ คล้ายห่วงยางไปรัดท่อนำไข่ทั้ง ๒ ข้างให้ตีบตัน แล้วจึงเอาเครื่องมือออก และเย็บปิดแผลผ่าตัด

ข. แบบอาจมีการใส่เครื่องมือขมกมดลูกทางช่องคลอด และแพทย์จะผ่าตัดเปิดหน้าท้องบริเวณเหนือหัวเหน่า เป็นแผลยาวประมาณ ๒-๔ ซม. และใช้เครื่องมือจับผูกและตัดท่อนำไข่ทั้ง ๒ ข้าง แล้วจึงเย็บปิดหน้าท้อง

ข้าพเจ้าได้ขอให้แพทย์ทำการผ่าตัดทำหมันให้..... ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการผ่าตัดนี้จะทำให้เป็นหมัน ซึ่งการแก้หมันในภายหลังทำได้ยาก ข้อมูลทางการแพทย์ขณะนี้พบว่าผู้ที่ได้รับการทำหมันหญิงแล้ว จะเป็นหมันโดยไม่ต้องคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นอีก แต่ก็ยังอาจตั้งครรภ์ได้อีก อัตราการตั้งครรภ์หลังทำหมัน พบได้ประมาณ ๔ รายใน ๑,๐๐๐ รายและ ๑ ใน ๓ ของผู้ที่ตั้งครรภ์อาจเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก ดังนั้น ผู้ที่สงสัยว่าอาจตั้งครรภ์ ควรรีบปรึกษาแพทย์

ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ การระงับความรู้สึก การอักเสบติดเชื้อ เลือดออกในช่องท้อง หรือก้อนเลือดบริเวณแผลผ่าตัด แผลไม่ติด เกิดอันตรายต่ออวัยวะอื่นในช่องท้อง โดยทั่วไปภาวะแทรกซ้อนนี้ไม่พบบ่อย ไม่รุนแรงและสามารถรักษาได้ไม่ยาก ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหมันแห้ง ในกรณีที่ใช้เครื่องส่องดูในอุ้งเชิงกราน จะรู้สึกแน่นท้อง ท้องอืด ปวดไหล่ เนื่องจากขณะที่ทำหมัน ต้องใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง แต่จะหายได้เอง

ข้าพเจ้าได้รับทราบโดยละเอียดถึงผลที่จะได้รับหลังการผ่าตัดทำหมัน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดทั้งทราบดีว่ามีวิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น ๆ อีกที่ข้าพเจ้าจะเลือกใช้ก็ได้ แต่ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้แพทย์ทำหมัน และยอมรับผลที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว ข้าพเจ้าจะยกเลิกความยินยอมนี้เมื่อไรก็ได้ก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดทำหมัน

ลงชื่อ.....  
(.....)

แพทย์/เจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการผ่าตัดทำหมัน  
(.....)

ลงชื่อ.....สามี/พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/ความสัมพันธ์.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

พยานทางการแพทย์

\*\* ข้าพเจ้าขอยกเลิกความยินยอมการผ่าตัดทำหมัน

ลงชื่อ.....

หนังสือยินยอมให้ทำการรักษา ผู้ป่วยด้วยการขูดมดลูกเพื่อการวินิจฉัยและรักษา

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....

หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน.....เกี่ยวข้องกับ.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)  
เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังนี้

ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและญาติแรกรับ

- โรคกลุ่มอาการ (.....) แท้งบุตร (.....) เลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก
- ระยะเวลาในการรักษาประมาณ ๑-๒ วัน
- ความจำเป็นที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อขูดมดลูก สังเกตอาการหลังขูดมดลูก
- แผนการรักษา งดน้ำและอาหาร ให้น้ำเกลือทางเส้นเลือด ฉีดยานอนหลับ และยาระงับปวดขณะขูดมดลูก ทำการขูดมดลูก สังเกตอาการ ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังขูดมดลูก
- ทางเลือกการรักษา
  ๑. การให้ยา ข้อดีไม่เสี่ยงในการทำหัตถการ การให้ยาระงับความรู้สึก ข้อเสีย ใช้ระยะเวลาเลือดหยุดนานกว่า และอาจไม่ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริง การวินิจฉัยล่าช้า
  ๒. การขูดมดลูก ข้อดีของการรักษาโดยการขูดมดลูก ได้แก่ หยุดเลือดที่ออกได้อย่างรวดเร็ว วินิจฉัยสาเหตุเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกได้ ค่อนข้างแม่นยำจากชิ้นเนื้อที่ได้จากการขูดมดลูก จากที่เห็นหรือจากการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ข้อเสียคือความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนจากการขูดมดลูก ได้แก่ เสียเลือดมาก ติดเชื้อในโพรงมดลูก มดลูกทะลุ เป็นหมัน

ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล.....ทำการรักษา (ชื่อผู้ป่วย).....

เพื่อวินิจฉัยบำบัดโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การผดุงครรภ์ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจทางการแพทย์ เช่น การให้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารใด ๆ เข้าสู่ร่างกายและข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัยรักษาพยาบาลนั้น ๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น เมื่อมีเหตุอันสมควร

โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความตลอดแล้ว จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ.....พยานญาติผู้ป่วย  
(.....) (.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่  
(.....) (.....)

ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาล

ตำแหน่ง พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้

คำยินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัด/การทำหัตถการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ยินยอมให้แพทย์หรือคณะแพทย์ทำการผ่าตัดหรือหัตถการอื่น ๆ รวมทั้งการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและญาติก่อนทำการผ่าตัด/หัตถการ

- ชนิดของการผ่าตัดหัตถการ การขูดมดลูก
- วัตถุประสงค์ของการขูดมดลูก (.....) เพื่อหยุดเลือดที่ออก (.....) สิ้นสุดการตั้งครรภ์ที่ไม่สมบูรณ์ (.....) เก็บชิ้นเนื้อเพื่อการส่งตรวจพยาธิวิทยาหาสาเหตุ
- ให้ยาระงับความรู้สึกเจ็บปวด โดยการฉีดยาระงับปวด และยานอนหลับทางหลอดเลือดดำ
- ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ เสียเลือดมาก ติดเชื้อในโพรงมดลูก มดลูกทะลุ เป็นหมัน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ.....พยานญาติผู้ป่วย  
(.....) (.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่  
(.....) (.....)

ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาล

ตำแหน่ง พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้

หนังสือรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษา ผู้ป่วยด้วยการผ่าตัด

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ป่วย)..... อายุ..... ปี HN.....

หรือผู้ อำนาจกระทำการแทน..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของ..... (ชื่อผู้ป่วย)

เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล..... ทำการรักษา (ชื่อผู้ป่วย).....

เพื่อวินิจฉัยบำบัดโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การผดุงครรภ์ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจทางการแพทย์ เช่น การให้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารใด ๆ เข้าสู่ร่างกายและข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัยรักษาพยาบาลนั้น ๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อรับการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น เมื่อมีเหตุอันสมควร

**ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและญาติแรกรับ**

โรคกลุ่มอาการ .....

- ระยะเวลาในการรักษาประมาณ ๒-๕ วันถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- ความจำเป็นที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมผ่าตัด ผ่าตัด ดูแลและสังเกตอาการหลังผ่าตัด
- แผนการรักษา เตรียมเลือด เตรียมร่างกายให้พร้อมผ่าตัด ให้การผ่าตัด ให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด และดูแลหลังผ่าตัด
- ทางเลือกการรักษา

๑. การให้ยา ข้อดีไม่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก ข้อเสีย อาการของโรคอาจจะรุนแรงขึ้นจนต้องผ่าตัดภายหลัง ทำให้การผ่าตัดทำได้ยาก และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการเสียชีวิตมากขึ้น

๒. การผ่าตัด ข้อดี ทราบสาเหตุ และกำจัดสาเหตุของโรคที่ต้องผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ข้อเสีย คือความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่ เสียเลือดมาก ติดเชื้อ โดยอวัยวะข้างเคียง เป็นต้น

โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความตลอดแล้ว จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ.....พยานญาติผู้ป่วย

(.....)

(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาล

ตำแหน่ง พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้

คำยินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัด/การทำหัตถการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ยินยอมให้แพทย์หรือคณะแพทย์ทำการผ่าตัดหรือหัตถการอื่น ๆ รวมทั้งการให้ยาระงับความรู้สึก

**ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและญาติก่อนทำการผ่าตัด/หัตถการ**

- ชนิดของการทำผ่าตัด/หัตถการ.....ระยะเวลาการผ่าตัดประมาณ.....ชั่วโมง
- วัตถุประสงค์ของการผ่าตัด.....
- การให้ยาระงับความรู้สึกเจ็บปวด  ฉีดยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือด  ฉีดยาระงับปวดทางไขสันหลัง  ตมยาสลบให้ยาสลบผ่านทางท่อช่วยหายใจ
- ผลที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด.....
- ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะที่อาจเกิดจากการให้ยาสลบหรือยาชาเฉพาะที่ เสียเลือดมาก บาดเจ็บต่อเส้นเลือด เส้นประสาท การติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานและช่องท้อง การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่นลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต ซึ่งอาจทำให้เกิดรูรั่วของปัสสาวะทางช่องคลอดซึ่งแก้ไขได้ยาก และอาจเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกะทันหันและรุนแรง

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ.....พยานญาติผู้ป่วย

(.....)

(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาล

ตำแหน่ง พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้



หนังสือแสดงการรับทราบและความยินยอม/เจตนารับการผ่าตัดไส้ติ่ง(Elective appendectomy)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....

หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน.....เกี่ยวข้องกับ.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)

เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ในการรับการผ่าตัดไส้ติ่ง ร่วมกับการผ่าตัด  ผ่าตัดคลอด  ผ่าตัดมดลูกและ/หรือรังไข่  
 อื่นๆ..... ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดนี้ ดังต่อไปนี้

๑. การตัดไส้ติ่ง (Elective appendectomy) เป็นการตัดไส้ติ่งที่ไม่มีพยาธิสภาพออกร่วมกับการผ่าตัดอื่นๆ เช่น ผ่าตัดคลอด ผ่าตัดมดลูก โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากไส้ติ่งอักเสบในอนาคต
๒. โอกาสที่จะเกิดโรคไส้ติ่งอักเสบตลอดทั้งชีวิตพบประมาณร้อยละ ๗ และจะลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น
๓. ภาวะแทรกซ้อนของการตัดไส้ติ่ง ได้แก่ การอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัดหรืออวัยวะในอุ้งเชิงกรานที่สูงขึ้นกว่าการไม่ตัดไส้ติ่งเนื่องจากป้อนเชื้อโรคจากอุจจาระในลำไส้ได้ เสียเลือด เพิ่มเวลาในการผ่าตัดหรือการรักษาตัวในโรงพยาบาล ท้องอืด ลำไส้อุดตัน การบาดเจ็บต่อลำไส้ แผลที่ไส้ติ่งอักเสบหรือรั่ว มีรายงานของภาวะแทรกซ้อนไม่เกินร้อยละ ๗
๔. รายละเอียดเกี่ยวกับการตัดไส้ติ่ง ได้แก่ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด วิธีการ ขั้นตอนต่างๆ ประโยชน์ที่จะได้รับ ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการแก้ไขหากเกิดอันตรายและทางเลือกอื่นๆ
๕. แพทย์อาจจะพิจารณาไม่ตัดไส้ติ่ง ในกรณีที่ทำได้ยากหรือมีโอกาสเสี่ยงสูง ที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน
๖. ในกรณีพบความผิดปกติอื่นในช่องท้องระหว่างการผ่าตัดแพทย์อาจใช้ดุลยพินิจดำเนินการเท่าที่จำเป็นเพื่อให้การรักษาเสร็จสมบูรณ์

ข้าพเจ้าได้สอบถามแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการตัดไส้ติ่งแล้ว ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดีและปราศจากข้อสงสัย จึงได้แสดงความยินยอม/เจตนาให้แพทย์หรือคณะแพทย์ทำการผ่าตัดไส้ติ่งให้ข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยานญาติผู้ป่วย

(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง แพทย์/พยาบาล

ตำแหน่ง พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้

ข้าพเจ้าขอยกเลิกความยินยอมที่ให้ไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยานญาติผู้ป่วย

(.....)

วันที่.....เวลา.....

# หนังสือรับทราบและความยินยอมให้ทำการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

โรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....เวลา.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....  ผู้ป่วย  ผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วย

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วยชื่อ (นาย, นาง, นางสาว).....

รายละเอียดต่อไปนี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยควรรับทราบและยินยอมให้

ทำการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค.....

จำเป็นต้อง

รับการผ่าตัด.....

ข้อบ่งชี้  เพื่อวินิจฉัยโรค

รับทำหัตถการ.....

เพื่อบรรเทาอาการ

รับการรักษา.....

.....

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

\* เสียเลือดมาก

\* อวัยวะข้างเคียงที่ผ่าตัดอาจได้รับการบาดเจ็บ

\* การติดเชื้อแผลผ่าตัด/ ติดเชื้อในกระแสเลือด

\* ความผิดปกติของระบบหัวใจ ไต ปอด สมอง ฯลฯ

\* โรคประจำตัวอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้น

\* พิการ/เสียชีวิต

\* อื่นๆ .....

ทางเลือกการรักษา .....

ข้อดี.....ข้อเสีย .....

หากเกิดภาวะที่ไม่คาดคิดที่เกิดขึ้นได้ (ภาวะเร่งด่วนในขณะนั้น) แพทย์สามารถให้ดุลยพินิจเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาได้

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับโรค การรักษา ผ่าตัด หัตถการซึ่งมีความจำเป็นต่อการตัดสินใจในการให้ความยินยอมรักษา ผ่าตัด หัตถการ ประกอบกับข้าพเจ้าทราบดีอยู่แล้วว่าการรักษา ผ่าตัด หัตถการนั้นยังมีข้อจำกัดอื่นๆอยู่อีกมาก ทำให้การรักษา ผ่าตัด หัตถการนี้อาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ จึงขอแสดงความประสงค์

ยินยอมรับการรักษา

ไม่ยินยอมรับการรักษา

จึงได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม

ลงชื่อ.....แพทย์/พยาบาล

(.....)

(.....) ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง.....

ผู้ป่วยมาคนเดียว

# หนังสือรับทราบและไม่ยินยอมให้ทำการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

โรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....เวลา.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....  ผู้ป่วย  ผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วย

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วยชื่อ (นาย, นาง, นางสาว).....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโรค การรักษา ผ่าตัด หัตถการ จนเป็นที่พอใจจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ถึงผลการรักษาแล้วข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษา ผ่าตัด หัตถการ ทั้งนี้หากมีเหตุเสียหายหรืออันตรายเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่เอาผิดแก่โรงพยาบาล.....

จึง ได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าพยาน ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ไม่ให้คำยินยอม ลงชื่อ.....แพทย์/พยาบาล

(.....)

(.....) ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง.....

ผู้ป่วยมาคนเดียว

หมายเหตุ: (ก) ใช้ในกรณีรับไว้เป็นผู้ป่วยใน (ข) ใช้ในกรณีทำการผ่าตัด/ หัตถการ/ ตรวจวินิจฉัยพิเศษหรือมีความเสี่ยง (ก+ข) ใช้ทั้ง 2 กรณี

1. ให้อธิบายรายละเอียดข้อมูลทุกครั้ง ก่อนการลงลายมือชื่อในแบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา/ ทำหัตถการ ผู้ให้คำยินยอมได้แก่
  - 1.1 ผู้ป่วย กรณีบรรลุนิติภาวะและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
  - 1.2 สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สึกตัว)
  - 1.3 ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
  - 1.4 ผู้อนุญาต กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ
  - 1.5 ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ
2. กรณีผู้ให้ความยินยอมลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องระบุว่าใช้นิ้วใดและใส่ชื่อเจ้าของลายพิมพ์นิ้วมือในวงเล็บกำกับไว้
3. กรณีผู้ป่วยไม่มีญาติหรือผู้นำส่ง ให้ระบุเพิ่มเติมไว้ในช่องพยานว่า "มาคนเดียวไม่มีญาติ"

โรงพยาบาล.....

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและความยินยอมรับการตรวจรักษาพยาบาล

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล..... อายุ..... ปี  
ซึ่งเป็น  ผู้ป่วย หรือ  เป็นผู้แทนผู้ป่วยในฐานะ ..... ของ นาย/นาง/นางสาว .....  
นามสกุล..... ได้รับทราบข้อมูลโดยการ  อ่าน  ฟัง ดังต่อไปนี้

- ๑. ข้าพเจ้าได้รับทราบการวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาเบื้องต้นและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
  - ๒. ข้าพเจ้าได้รับทราบอาการความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้น และทราบว่าอาการผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงคลาดเคลื่อนได้ตลอด
  - ๓. ข้าพเจ้าได้รับทราบผลดีและผลข้างเคียงของการรักษา/ภาวะแทรกซ้อน
  - ๔. ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลทางเลือกของการรักษาอื่นๆ (ถ้ามี).....
  - ๕. ข้าพเจ้าได้รับทราบสิทธิการรักษาพยาบาลและประมาณการค่ารักษาเบื้องต้น .....
- ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูล ได้ทำความเข้าใจและสอบถามเป็นที่เข้าใจแล้ว
- ยินยอม  ไม่ยินยอม

ลงนาม .....	ผู้ป่วย	ลงนาม .....	แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่
(.....)	<input type="checkbox"/> มากคนเดียว	(.....)	ผู้ให้คำอธิบาย
	<input type="checkbox"/> ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างซ้าย/ขวา		

ลงนาม .....	ญาติ	ลงนาม.....	พยานแพทย์/พยาบาล
ผู้เป็น (บิดา,มารดา,บุตร,ญาติ (ระบุ) .....	ของผู้ป่วย)	(.....)	

หมายเหตุ: มีเอกสารประกอบการให้ข้อมูล.....

โรงพยาบาล.....

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและความยินยอมรับการทำการหัตถการ

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล..... อายุ..... ปี

ซึ่งเป็น  ผู้ป่วย หรือ  เป็นผู้แทนผู้ป่วยในฐานะ .....

ของ นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล.....

ยินยอม  ไม่ยินยอม

ให้แพทย์/พยาบาลทำ  หัตถการ .....  ให้ยา .....

อื่นๆ (ระบุ) ..... โดยแพทย์/พยาบาล ได้อธิบายรายละเอียด ให้ข้าพเจ้าได้ทราบถึงขั้นตอน

วิธีการรักษา ทางเลือกข้อดี - ข้อเสีย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขณะทำ/หลังทำการหัตถการ ข้าพเจ้าได้รับทราบ

มีความเข้าใจตลอดแล้ว จึงลงลายมือ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม ..... ผู้ป่วย

ลงนาม ..... แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่

(.....)  มาคนเดียว

(.....) ผู้ให้คำอธิบาย

ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างซ้าย/ขวา

ลงนาม ..... ญาติ

ลงนาม..... พยานแพทย์/พยาบาล

ผู้เป็น (บิดา, มารดา, บุตร, ญาติ (ระบุ) ..... ของผู้ป่วย)

(.....)

หมายเหตุ : มีเอกสารประกอบการให้ข้อมูล .....

## แบบบันทึกการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ(OPD)

วันที่ .....เดือน ..... พ.ศ. .... เวลา.....น

๑. ผู้ป่วยชื่อ .....สกุล..... อายุ ..... ปี/เดือน/วัน  
HN .....
๒. อาการสำคัญ.....
๓. วินิจฉัยเบื้องต้น.....
๔. การให้การรักษา.....(Ex การให้ยาปฏิชีวนะ ,ให้สารน้ำ) .....
๕. ภาวะแทรกซ้อนของโรค.....
๖. อาการสำคัญที่จะต้องกลับมาพบแพทย์.....
๗. คำแนะนำอื่นๆ.....

ผู้ให้ข้อมูล.....ตำแหน่ง.....  
ผู้รับข้อมูล.....เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....

โรงพยาบาล	ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....
	HN..... AN.....
	เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่.....
	สิทธิการรักษาพยาบาล.....

หนังสือรับแสดงการรับทราบข้อมูลและความยินยอมรับการรักษาผู้ป่วยใน

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... เวลา..... น.

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี ในฐานะ ( ) ผู้ป่วย หรือ ( ) ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย ชื่อ..... เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....  
 ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค/กลุ่มอาการ/ภาวะ.....

จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ ( ) ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ( ) ทำหัตถการ / ผ่าตัด ( ) ตรวจพิเศษ ( ) บรรเทา/รักษาอาการของโรค ( ) อื่นๆ.....  
 แนวทางการรักษา ( ) ให้สารน้ำ ( ) ใช้ยา ( ) พ่นยาละอองฝอย ( ) ให้เลือด/ส่วนประกอบของเลือด ( ) อื่นๆ.....

ข้อดีของการรักษา.....

ข้อเสียของการรักษา.....

ทางเลือกในการรักษา.....

ผลการรักษา.....

ระยะเวลาในการรักษา.....

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ( ) ติดเชื้อในโรงพยาบาล ( ) แพ้ยา ( ) แพ้เลือด ( ) อื่นๆ.....

ในกรณีระหว่างการผ่าตัดหากพบเหตุผิดปกติอื่น แพทย์สามารถใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการอื่นเพื่อให้การรักษาได้  
 ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล เข้าใจและยอมรับความเสี่ยงดังกล่าว จึงขอแสดงความประสงค์ ( ) ยินยอมรับการรักษา ( ) ไม่ยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย/ผู้แทน ( )

ลงชื่อ..... พยาน(ญาติ) ( )

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล ( )

ลงชื่อ..... พยาน(เจ้าหน้าที่) ( )

ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล	ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....
	HN.....AN.....
	เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่.....
	สิทธิการรักษาพยาบาล.....

**หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและความยินยอมรับการผ่าตัด/หัตถการ**

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .... เวลา.....น

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ในฐานะ ( ) ผู้ป่วย หรือ ( ) ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....  
 ได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับโรค/กลุ่มอาการ/ภาวะ.....  
 จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ ( ) ผ่าตัด .....  
 ( ) ทำหัตถการ .....

ข้อดีของการผ่าตัด/หัตถการ.....

ข้อเสียของการผ่าตัด/หัตถการ.....

ทางเลือกในการรักษา.....

ผลการผ่าตัด/หัตถการ.....

ระยะเวลาในการรักษา.....

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ( ) ติดเชื้อในโรงพยาบาล ( ) แพ้ยา ( ) แพ้เลือด

( ) อื่นๆ.....

ในกรณีระหว่างการผ่าตัดหากพบเหตุผิดปกติอื่นแพทย์สามารถใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการอื่นเพื่อให้การรักษาได้

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล เข้าใจและยอมรับความเสี่ยงดังกล่าว จึงขอแสดงความประสงค์

( ) ยินยอมรับการผ่าตัด/หัตถการ ( ) ไม่ยินยอมรับการผ่าตัด/หัตถการ

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน

( )

ลงชื่อ..... พยาน(ญาติ)

( )

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

( )

ลงชื่อ..... พยาน(เจ้าหน้าที่)

( )

ตำแหน่ง.....



โรงพยาบาล	ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....
	HN..... AN.....
	เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่.....
	สิทธิการรักษาพยาบาล.....

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและความยินยอมรับการตรวจรักษาผู้ป่วยใน สำหรับทารกแรกเกิด

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ในฐานะ ( ) ผู้ป่วย หรือ ( ) ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยซึ่งเป็นทารกแรกเกิด ชื่อ..... เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....

ได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับโรค/กลุ่มอาการ/ภาวะ.....ของผู้ป่วย

จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ ( ) เพื่อการพยาบาลและดูแลหลังคลอด

( ) บรรเทา/รักษาอาการของโรค, ผ่าตัด, หัตถการ, ตรวจพิเศษ ที่(ชื่อหอผู้ป่วย).....

( ) อื่นๆ.....

แนวทางการรักษา ( ) ให้ออกซิเจน ( ) ให้สารน้ำ ( ) ให้สารอาหาร ( ) ไข้ยา ( ) พ่นยาละอองฝอย

( ) ให้เลือด/ส่วนประกอบของเลือด ( ) เข้าตู้อบ

( ) อื่นๆ.....

ข้อดีของการรักษา ( ) ได้รับการตรวจประเมินทารกแรกเกิด ตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแรกเกิด/โรคหัวใจชนิดเขียวแต่กำเนิด/ภาวะตัวเหลือง/ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

( ) ได้รับการตรวจวินิจฉัย และรักษา ภาวะผิดปกติและความเจ็บป่วยในเบื้องต้น

ข้อเสียของการรักษา.....

ทางเลือกในการรักษา ( ) ถ้าไม่เข้ารับการดูแลเป็นผู้ป่วยใน อาจทำให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า

ผลการรักษา ( ) ต้องใช้เวลาในการรักษาประมาณ ๓ วัน ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม

( ) ต้องใช้เวลาในการรักษาประมาณ.....วัน (ระบุเหตุผล).....

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ( ) ตัวเหลือง ( ) น้ำตาลในเลือดต่ำ ( ) สะดืออักเสบ ( ) การหายใจ

( ) ติดเชื้อในกระแสเลือด ( ) ติดเชื้อในโรงพยาบาล ( ) แพ้ยา ( ) แพ้เลือด

( ) อื่นๆ.....

ในกรณีระหว่างการผ่าตัดหากพบเหตุผิดปกติอื่นแพทย์สามารถใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการอื่นเพื่อให้การรักษาได้

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูล เข้าใจและยอมรับความเสี่ยงดังกล่าว จึงขอแสดงความประสงค์

( ) ยินยอมให้ทำการรักษาผู้ป่วย ( ) ไม่ยินยอมให้ทำการรักษาผู้ป่วย

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน  
( )

ลงชื่อ..... พยาน(ญาติ)  
( )

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล  
( )

ลงชื่อ..... พยาน(เจ้าหน้าที่)  
( )

ตำแหน่ง.....