



หนังสือรับทราบข้อมูลและแสดงความยินยอมรับการฝากครรภ์และการตรวจรักษา

เขียนที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ ๑๙

วันที่.....

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับบริการ)..... ผู้รับบริการอายุ.....ปี HN.....

ข้าพเจ้า..... ผู้ให้ข้อมูล

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและยินยอมเข้ารับการตรวจรักษาตลอดจนปฏิบัติตามคำแนะนำของคณะแพทย์ พยาบาล
ทั้งยินยอมให้ทำการตรวจรักษา และรับการฝากครรภ์ รวมถึงการทำหัตถการต่างๆ ตามหลักวิชาชีพทางการแพทย์ได้ ซึ่ง
ข้าพเจ้าได้อ่านและได้รับการชี้แจงเข้าใจถึงผลดี และผลเสีย รวมถึงภาวะแทรกซ้อน อันอาจเกิดจากการรักษาพยาบาลเป็น
อย่างดีแล้ว ซึ่งข้อมูลที่สำคัญได้แก่

ข้อมูล	ผู้ให้ข้อมูล	ผู้รับบริการ	วันที่ให้ข้อมูล
การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน ต้องฝากครรภ์ไม่น้อยกว่า ๕ ครั้งตามเกณฑ์			
หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาความเสี่ยง การติดเชื้อเอชไอวี กามโรค ตับอักเสบ บี หมู่เลือด ภาวะซีด ภาวะเสี่ยงต่อโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย			
การได้รับการฉีดวัคซีนบาดทะยัก หากไม่ได้ประวัติการได้รับที่ เพียงพอมาก่อน			
การซักประวัติเพื่อหาความเสี่ยงตามคู่มือฝากครรภ์ในการฝาก ครรภ์ครั้งแรก และได้รับทราบว่า ☐ ไม่พบความเสี่ยง ☐ พบความเสี่ยง.....			
การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง โดยได้รับทราบข้อมูล และ ข้อจำกัดของการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง และเซ็นรับทราบ ข้อมูลในเอกสารแสดงความเจตนาเข้ารับการตรวจภายหลังการ อ่านหรือได้รับการอธิบายแล้ว			
การทำหัตถการเจาะน้ำคร่ำ ในกรณีที่ตั้งครรภ์อายุตั้งแต่ ๓๕ ปี ขึ้นไป เพื่อตรวจหาความเสี่ยงทารกดาวน์ซินโดรม หรือจากข้อ บ่งชี้อื่น..... โดยสมัครใจ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลขั้นตอนการทำ ภาวะแทรกซ้อน ทางเลือกอื่นได้แก่ การเจาะเลือด ข้อดี ข้อเสียและเซ็นรับทราบ ข้อมูลในเอกสารรายละเอียดภายหลังการอ่านหรืออธิบายแล้ว			
การทำหัตถการ.....ข้าพเจ้า ได้รับทราบข้อมูลขั้นตอนการทำ ภาวะแทรกซ้อน ทางเลือกอื่น ได้แก่ การเจาะเลือด ข้อดี ข้อเสีย และเซ็นรับทราบ ข้อมูลในเอกสารรายละเอียดภายหลังการอ่านหรืออธิบายแล้ว			
ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำการใช้สมุดฝากครรภ์ ข้อปฏิบัติต่างๆ ระหว่างตั้งครรภ์โดยเฉพาะอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที			
คำแนะนำการนับลูกดิ้นเมื่ออายุครรภ์ ๗ เดือนขึ้นไป			
.....			
.....			