



หนังสือรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษา(สูตรกรรม)

เขียนที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ ๑๙
วันที่เวลา.....

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....
หรือผู้มีอำนาจกระทำแทน.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)
เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่๑๙ทำการรักษา(ชื่อผู้ป่วย).....
เพื่อวินิจฉัย บำบัดโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การผดุงครรภ์และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจทางการแพทย์
เช่น การให้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารใดๆเข้าสู่ร่างกายและข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัยพยาบาลนั้นๆ รวมทั้ง
ยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อรับการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่นเมื่อมีเหตุอันสมควร

ข้อมูลผู้ป่วยและญาติได้รับ

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

- ความจำเป็นที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล เผื่อระวังดูแลให้การรักษายาบาละยะก่อนคลอด ระยะคลอดและหลังคลอด

- แผนการรักษาเตรียมผู้ป่วยสำหรับการคลอด ค้นหาความเสี่ยง ติดตามความก้าวหน้า เผื่อระวังความเสี่ยง ช่วยคลอดและดูแล

หลังคลอด ส่งเสริมการให้นมแม่

- ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้คลอดทุกราย

๑. น้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด เป็นภาวะอันตรายที่ทำให้มารดาและทารกเสียชีวิตระหว่างการคลอด ระยะคลอดและหลังคลอด
ได้ อัตราการเกิด ๑:๘,๐๐๐-๓๐,๐๐๐คน ส่วนใหญ่จะเสียชีวิต ถ้าไม่เสียชีวิตจะมีความพิการทางสมองสูง

๒. ตกเลือดหลังคลอด ถ้าตกเลือดอย่างรุนแรงจะทำให้มารดาเสียชีวิตได้ ตกเลือดขั้นรุนแรงมากพบประมาณ ๑:๑,๐๐๐คน การ
ตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตประมาณ ๑๑%ของสาเหตุการตายทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ซึ่ง
ผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงได้แก่.....

๓. รกลอกตัวก่อนกำหนด ถ้าพื้นที่การลอกตัวของรกมีมากทารกจะเกิดอันตราย ทำให้ทารกขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงและ
เสียชีวิตได้ มารดาช็อกจากการเสียเลือดมากและเกิดภาวะเลือดไหลไม่หยุดทำให้มีโอกาเสียชีวิตได้

๔. มดลูกแตก อัตราการเกิด ๑:๒,๐๐๐คน อัตราตายสูง มารดามักเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการเสียเลือดจำนวนมากใน
ระยะเวลาสั้นๆ จะมีโอกาสรอดได้ ในกรณีที่ความรุนแรงมดลูกต้องตัดมดลูกออกเพื่อช่วยชีวิต ส่วนน้อยที่เย็บซ่อมแซมได้ ทารกส่วนใหญ่มัก
เสียชีวิต

๕. การบาดเจ็บของทารกจากการช่วยคลอด เช่น บาดแผลที่ศีรษะ จากการเจาะถุงน้ำ การใช้คีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ การ
คลอดโหล่ยากเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาททำให้แขนอ่อนแรงหรือกระดูกไหปลาร้าหัก

๖.....

โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความตลอดแล้ว ยินยอมรับการรักษาและยอมรับผลที่อาจเกิดขึ้นจากความเสี่ยงทุก
ประการ จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ

ลงชื่อ.....พยาน/ญาติผู้ป่วย
(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือแสดงความยินยอม/เจตนาเข้ารับการตรวจทางสรีรศาสตร์คลื่นเสียงความถี่สูง(อัลตราซาวด์ทางสูติกรรม)

เขียนที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

วันที่.....เวลา.....

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี HN.....
หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)
เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการตรวจทางสรีรศาสตร์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนการตรวจจะตรวจทางหน้าท้อง จะมีการทาเจลใส่ที่บริเวณที่จะวางหัวตรวจลงไป ในบางครั้งอาจมีความจำเป็นที่จะต้องตรวจผ่านทางช่องคลอด จะมีการใส่หัวตรวจขนาดเล็กเข้าไปในช่องคลอด อาจจะทำให้รู้สึกเจ็บหรือไม่สบายเพียงเล็กน้อย

2. คลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์สามารถสร้างภาพทารกในครรภ์โดยอาศัยการส่งสัญญาณคลื่นเสียงความถี่สูงไปกระทบกับอวัยวะภายในแล้วสะท้อนกลับออกมาเป็นภาพให้เห็นทางจอของเครื่องตรวจซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีรายงานถึงผลเสียหรืออันตรายในการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์แต่อย่างไร

3. แพทย์ผู้ตรวจจะทำการตรวจและรายงานข้อมูลที่สำคัญซึ่งมีผลต่อการดูแลและตั้งครรภ์เช่น

3.1 การมีชีวิตของทารกในครรภ์

3.2 อายุครรภ์โดยประมาณการ

3.3 จำนวนทารกในครรภ์

3.4 ท่าหรือส่วนนำของทารกในครรภ์

3.5 ตำแหน่งของรก

3.6 ปริมาณน้ำคร่ำ

3.7 ความผิดปกติบางชนิดของทารกในครรภ์ที่อาจตรวจพบ

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่า กรณีที่แพทย์ได้ทำการตรวจตามแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและรายงานผลการตรวจว่าไม่พบความผิดปกติ นั้น เครื่องมืออัลตราซาวด์ไม่สามารถที่จะยืนยันว่าทารกในครรภ์มีความสมบูรณ์แข็งแรงร้อยเปอร์เซ็นต์หรือไม่มีความผิดปกติใดๆของทุกอวัยวะเนื่องจากความพิการแต่กำเนิดบางชนิดไม่สามารถวินิจฉัยได้ก่อนคลอดหรืออาจเกิดขึ้นภายหลังการตรวจในครั้งนั้น อีกทั้งข้อจำกัดของการตรวจที่ภาพการตรวจจะไม่ชัดเจนในบางกรณี เช่น สตรีตั้งครรภ์อ้วนมากหรือมีผนังหน้าท้องหนา น้ำคร่ำน้อยหรือมากเกินไป ทารกอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสมหรือทารกดิ้นมาก เป็นต้น

5. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ เป็นเพียงเครื่องมือช่วยในการวินิจฉัยทารกในครรภ์เท่านั้น อาจมีความคลาดเคลื่อนและไม่สามารถวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์ได้ถูกต้องทั้งหมด

6. ข้าพเจ้าได้สอบถามเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์และได้อ่านข้อความทั้งหมดอย่างละเอียดรอบคอบ ซึ่งข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดี จึงได้ลงลายมือชื่อแสดงเจตนาเข้ารับการตรวจทางสรีรศาสตร์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

() ผู้ป่วย () ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....(ผู้ตรวจ)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)



หนังสือยินยอมให้ทำการรักษาผู้ป่วยด้วยการขูดมดลูกเพื่อการวินิจฉัยและรักษา

เขียนที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

วันที่.....เวลา.....

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

หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของ.....(ชื่อผู้ป่วย)

เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังนี้

ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ

- โรคกลุ่มอาการ () แท้งบุตร () เลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก
- ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 1-2 วัน
- ความจำเป็นที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเพื่อขูดมดลูก สังเกตอาการหลังขูดมดลูก
- แผนการรักษา ดื่มน้ำและอาหาร ให้น้ำเกลือทางเส้นเลือด ฉีดยานอนหลับและยาระงับปวดขณะขูดมดลูก ทำการขูดมดลูก สังเกตอาการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังขูดมดลูก
- ทางเลือกการรักษา

1. การให้ยา ข้อดี:ไม่เสี่ยงในการทำหัตถการ การให้ยาระงับความรู้สึก ข้อเสีย:ใช้ระยะเวลาเลือดหยุดนานกว่าและอาจไม่ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริง การวินิจฉัยล่าช้า

2. การขูดมดลูก ข้อดีของการรักษาโดยการขูดมดลูก ได้แก่ หยุดเลือดที่ออกได้อย่างรวดเร็ว วินิจฉัยสาเหตุเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกได้ค่อนข้างแม่นยำจากชิ้นเนื้อที่ได้จากการขูดมดลูก จากที่เห็นหรือจากการส่องตรวจทางพยาธิวิทยา ข้อเสียคือความ

เสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการขูดมดลูก ได้แก่ เสียเลือดมาก ติดเชื้อในโพรงมดลูก มดลูกทะลุ เป็นต้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ทำการรักษา (ชื่อผู้ป่วย).....

เพื่อวินิจฉัยบำบัดโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การผดุงครรภ์และฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจทางการแพทย์ เช่น การให้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารใดๆเข้าสู่ร่างกายและข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัยรักษาพยาบาลนั้นๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อรับการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น เมื่อมีเหตุอันสมควร

โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความตลอดแล้ว จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ

ลงชื่อ.....พยาน/ญาติผู้ป่วย

(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง () แพทย์ () พยาบาล

คำยินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัด/การทำหัตถการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือคณะแพทย์ทำการผ่าตัดหรือหัตถการอื่นๆ รวมทั้งการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยและญาติก่อนทำการผ่าตัด/หัตถการ

- ชนิดของการผ่าตัดหัตถการ การขูดมดลูก
- วัตถุประสงค์ของการขูดมดลูก () เพื่อหยุดเลือดที่ออก () สิ้นสุดการตั้งครรภ์ที่ไม่สมบูรณ์ () เก็บชิ้นเนื้อเพื่อการส่งตรวจพยาธิวิทยาสาเหตุ
- ให้ยาระงับความรู้สึกเจ็บปวดโดยการฉีดยาระงับปวดและยานอนหลับทางหลอดเลือดดำ
- ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ เสียเลือดมาก ติดเชื้อในโพรงมดลูก มดลูกทะลุ เป็นต้น

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย...../ลายมือชื่อ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง () แพทย์ () พยาบาล

ลงชื่อ.....พยาน/ญาติผู้ป่วย

(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง () พยาบาล () ผู้ช่วยเหลือคนไข้