



## หนังสือรับทราบและความยินยอมให้ทำการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่๑๙

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

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วย  
เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วยชื่อ(นาย, นาง, นางสาว).....

รายละเอียดต่อไปนี้เป็นข้อมูล que ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยควรรับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา ผ่าตัด  
หัตถการ

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค.....

จำเป็นต้อง ☐ รับการผ่าตัด..... ข้อบ่งชี้ ☐ เพื่อวินิจฉัยโรค  
☐ รับทำหัตถการ..... ☐ เพื่อบรรเทาอาการ  
☐ รับการรักษา..... ☐ .....

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

- เสียเลือดมาก
- อวัยวะข้างเคียงที่ผ่าตัดอาจได้รับการบาดเจ็บ
- การติดเชื้อแผลผ่าตัด/ติดเชื้อในกระแสเลือด
- ความผิดปกติของระบบหัวใจ ไต ปอด สมอง ฯลฯ
- โรคประจำตัวอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้น
- พิกการ/เสียชีวิต
- อื่นๆ.....

ทางเลือกการรักษา.....

ข้อดี..... ข้อเสีย.....

หากเกิดภาวะที่ไม่คาดคิดที่เกิดขึ้นได้ (ภาวะเร่งด่วนในขณะนั้น) แพทย์สามารถให้ดุลยพินิจเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาได้

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับโรค การรักษา ผ่าตัด หัตถการ ซึ่งมีความจำเป็นต่อการ  
ตัดสินใจในการให้ความยินยอมรักษา ผ่าตัด หัตถการ ประกอบกับข้าพเจ้าทราบที่อยู่แล้วว่าการรักษา ผ่าตัด หัตถการนั้นยังมี  
ข้อจำกัดอื่นๆอยู่อีกมาก ทำให้การรักษา ผ่าตัด หัตถการนี้อาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ จึงขอแสดงความประสงค์

☐ ยินยอมรับการรักษา ☐ ไม่ยินยอมรับการรักษา

จึงได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม      ลงชื่อ.....แพทย์/พยาน  
(.....)      (.....) ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....พยาน      ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)      (.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย      ตำแหน่ง.....

( ) ผู้ป่วยมาคนเดียว