

หนังสือแสดงคำยินยอมรับการผ่าตัด
โรงพยาบาลปราสาท อ.ปราสาท จ.สุรินทร์

วันที่.....พ.ศ.....เวลา.....น.

1. ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....
บ้านเลขที่.....เบอร์โทรศัพท์.....
ขอให้คำยินยอมในฐานะ ผู้ป่วย
 ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น.....
ผู้ป่วยชื่อ นาย / นาง / นางสาว / ด.ช. / ด.ญ.นามสกุล.....
ขอให้คำยินยอมและอนุญาตโดยสมัครใจให้แพทย์ผู้รักษา ชื่อ..... และ
2. คณะแพทย์ของท่านได้ลงความเห็นว่าคุณควร ทำการผ่าตัด / หัตถการ (ชื่อการผ่าตัด/หัตถการ)
.....
3. แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดได้อธิบายตามหลักวิชาการและมาตรฐานของแพทย์แผนปัจจุบันถึงขั้นตอนและวิธีการผ่าตัดโดยมี
ข้อดี คือ
ข้อเสีย คือ
โดยมีความเสี่ยง / ผลแทรกซ้อนอันเกิดจากการผ่าตัดคือ
.....
4. ทีมให้การระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดได้อธิบายตามหลักวิชาการและมาตรฐานของการให้การระงับความรู้สึกถึงการขั้นตอน
วิธีการระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวทั้งก่อนการระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึกและหลังการระงับความรู้สึก ซึ่งจะทำให้การ
ระงับความรู้สึกแบบ การดมยาสลบ การฉีดยาชาเฉพาะที่ที่ช่องไขสันหลัง การฉีดยาชาเฉพาะที่
โดยมีความเสี่ยง/ผลแทรกซ้อนอันเกิดจากการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด คือ 1.)แพ้ยา 2.)ฟื้นจากยาสลบช้า 3.)หยุดหายใจ
4.)หัวใจหยุดเต้น 5.)คลื่นไส้/อาเจียน 6.)หนาวสั่น 7.)เจ็บคอ/ระคายเคืองคอ 8.)เสียงแหบ 9.)พินโยก/พินทัก 10.)เกิดแผล
บริเวณริมฝีปากและ/หรือบริเวณลิ้น 11.)ปวดศีรษะ 12.)ปวดหลัง 13.)คาท่อช่วยหายใจเข้าห้อง ICU เพื่อสังเกตอาการ
5. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า คำยินยอมนี้ครอบคลุมถึงการกระทำอย่างฉุกเฉินของการผ่าตัด การพิจารณาชนิดของการระงับความรู้สึก การให้
เลือด และอื่นๆ ของคณะแพทย์ที่ทำการรักษา เพื่อประโยชน์ในการรักษา และ/หรือช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้
6. ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลปราสาท จัดการตามวิธีการแพทย์กับเนื้อเยื่อ ชิ้นส่วนของร่างกาย หรืออวัยวะที่ถูกตัดออกจาก
ร่างกายของผู้ป่วย จากการตรวจรักษา และ / หรือผ่าตัด

ลงชื่อ.....ผู้อธิบาย
(.....)
แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด



ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวา
ของผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....
(.....)
เกี่ยวข้องเป็น.....
พยานคนที่ 1

ลงชื่อ.....ผู้อธิบาย
(.....)
วิสัญญีแพทย์ / วิสัญญีพยาบาล
ผู้ให้การระงับความรู้สึก

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
พยานคนที่ 2