

หนังสือแสดงคำยินยอมรับการผ่าตัด
โรงพยาบาลปราสาท อ.ปราสาท จ.สุรินทร์

วันที่.....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)

ผ่าตัดกล้ามเนื้อตา

3. แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดได้อธิบายตามหลักวิชาการและมาตรฐานของแพทย์แผนปัจจุบันถึงขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด โดยมี

ข้อดี คือ ตาเขลดลง , มองเห็นชัดขึ้นในบางราย และ **ข้อเสีย** คือ แผลผ่าตัดติดเชื้อ,ตาอักเสบ,เป็นแผลเป็นหรือฝังฝีที่เยื่อตา

,ตาไม่ตรง,เห็นภาพซ้อน อาจทำให้ต้องผ่าตัดเพิ่มเติม,กล้ามเนื้อตาฉีกขาด,การกลอกตาผิดปกติ,ตาขาวทะลุ,ลูกตาส่วนหน้าขาดเลือด, มีความคลาดเคลื่อนของค่าสายตาหลังผ่าตัด โดยมีความเสี่ยง/ผลแทรกซ้อนอันเกิดจากการผ่าตัดคือ ปวดตาหลังการผ่าตัด,ตาแดง,แผลผ่าตัดติดเชื้อ,ตาอักเสบ,เป็นแผลเป็นหรือฝังฝีที่เยื่อตา,ตาไม่ตรง,เห็นภาพซ้อน อาจทำให้ต้องผ่าตัดเพิ่มเติม,กล้ามเนื้อตาฉีกขาด,การกลอกตาผิดปกติ,ตาขาวทะลุ,ลูกตาส่วนหน้าขาดเลือด,มีความคลาดเคลื่อนของค่าสายตาหลังผ่าตัด และคาดว่าจะต้องนอนพักฟื้นในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด 1 – 2 วัน

4. ทีมให้การระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดได้อธิบายตามหลักวิชาการและมาตรฐานของการให้การระงับความรู้สึกถึงขั้นตอน

วิธีการระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวทั้งก่อนการระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึกและหลังการระงับความรู้สึก ซึ่งจะทำการ

ระงับความรู้สึกแบบ การดมยาสลบ การฉีดยาชาเฉพาะที่ที่ช่องโหว่หลัง การฉีดยาชาเฉพาะที่

โดยมีความเสี่ยง / ผลแทรกซ้อนอันเกิดจากการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด คือ แพ้ยา ฟันจากยาสลบช้า หายใจหายใจ

หัวใจหยุดเต้น คลื่นไส้ / อาเจียน หนาวสั่น เจ็บคอ / ระคายเคืองคอ เสียงแหบ ฟันโยก / ฟันหัก

เกิดแผลบริเวณริมฝีปากและ / หรือบริเวณลิ้น ปวดศีรษะ ปวดหลัง

5. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า คำยินยอมนี้ครอบคลุมถึงการกระทำอย่างฉุกเฉินของการผ่าตัด การพิจารณาชนิดของการระงับความรู้สึก การให้เลือด และอื่นๆ ของคณะแพทย์ที่ทำการรักษา เพื่อประโยชน์ในการรักษา และ/หรือช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้

6. ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลปราสาท จัดการตามวิธีการแพทย์กับเนื้อเยื่อ ชิ้นส่วนของร่างกาย หรืออวัยวะที่ถูกตัดออกจากร่างกายของผู้ป่วย จากการตรวจรักษา และ / หรือผ่าตัด

ลงชื่อ.....ผู้อธิบาย

(.....)

แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด



ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวา
ของผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....

พยานคนที่ 1

ลงชื่อ.....ผู้อธิบาย

(.....)

วิสัญญีแพทย์ / วิสัญญีพยาบาล

ผู้ให้การระงับความรู้สึก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

พยานคนที่ 2