

**หนังสือแสดงคำยินยอมรับการรักษา**  
**โรงพยาบาลปราสาท อ.ปราสาท จ.สุรินทร์**

วันที่.....เวลา.....น.

1. ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....  
บ้านเลขที่.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอให้คำยินยอมในฐานะ  ผู้ป่วย  
 ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ขอให้คำยินยอมและอนุญาตโดยสมัครใจให้แพทย์ผู้รักษา ชื่อ.....

และคณะแพทย์ของท่าน ทำการรักษาพยาบาล ผ่าตัดกล้ามเนื้อตาภายใต้การดมยาสลบ

**เหตุผลของการนอนพักรักษา** คือ เข้ารับการผ่าตัดกล้ามเนื้อตา **โดยใช้วิธี** ผ่าตัด

**ข้อดี** คือ ตาเขลดลง , มองเห็นชัดขึ้นในบางราย

**ข้อเสีย** คือ แผลผ่าตัดติดเชื้อ,ตาอักเสบ,เป็นแผลเป็นหรือพังผืดที่เยื่อตา,ตาไม่ตรง,เห็นภาพซ้อน อาจทำให้ต้องผ่าตัดเพิ่มเติม,

กล้ามเนื้อตาฉีกขาด,การกลอกตาผิดปกติ,ตาขาวทะลุ,ลูกตาส่วนหน้าขาดเลือด,มีความคลาดเคลื่อนของค่าสายตาหลังผ่าตัด

**ภาวะแทรกซ้อน** ปวดตาหลังการผ่าตัด,ตาแดง,แผลผ่าตัดติดเชื้อ,ตาอักเสบ,เป็นแผลเป็นหรือพังผืดที่เยื่อตา,ตาไม่ตรง,เห็นภาพซ้อน

อาจทำให้ต้องผ่าตัดเพิ่มเติม,กล้ามเนื้อตาฉีกขาด,การกลอกตาผิดปกติ,ตาขาวทะลุ,ลูกตาส่วนหน้าขาดเลือด,มีความคลาดเคลื่อน

ของค่าสายตาหลังผ่าตัด

**โดยคาดว่าจะนอนโรงพยาบาลประมาณ 1 - 2 วัน**

2. แพทย์ผู้รักษาได้อธิบายตามหลักวิชาการ และมาตรฐานของแพทย์แผนปัจจุบัน ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า  
คำยินยอมนี้ครอบคลุมถึงการกระทำอย่างฉุกเฉินของการรักษาพยาบาล รวมทั้งการให้เลือด และอื่นๆของคณะแพทย์เพื่อ  
ประโยชน์ในการรักษา และ / หรือช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้
3. ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายข้างต้นและเข้าใจ จึงลงนามยอมรับการรักษาเพื่อเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ..... ผู้ให้คำอธิบาย  
(.....)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม  
(.....)

ชื่อ.....พยานคนที่ 1  
(.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....

ชื่อ.....พยานคนที่ 2  
(.....)

ตำแหน่ง.....



ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวา  
ของผู้ให้ความยินยอม