

หนังสือแสดงคำยินยอมรับการยิงเลเซอร์
โรงพยาบาลปราสาท อ.ปราสาท จ.สุรินทร์

วันที่.....เวลา.....น.

1. ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....
บ้านเลขที่.....เบอร์โทรศัพท์.....
ขอให้คำยินยอมในฐานะ ผู้ป่วย
 ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น
ผู้ป่วยชื่อ นาย / นาง / นางสาว / ค.ช. / ค.ญ.นามสกุล.....
ขอให้คำยินยอมและอนุญาตโดยสมัครใจให้แพทย์ผู้รักษา ชื่อ..... และ
2. คณะแพทย์ของท่านได้ลงความเห็นว่าคุณควร ทำการยิงเลเซอร์ / หัตถการ (ชื่อการผ่าตัด/หัตถการ)
ยิงเลเซอร์ถุงหุ้มเลนส์
3. แพทย์ผู้ทำการยิงเลเซอร์ได้อธิบายตามหลักวิชาการและมาตรฐานของแพทย์แผนปัจจุบันถึงขั้นตอนและวิธีการยิงเลเซอร์โดยมี
ข้อดี คือ มองเห็นชัดเจนขึ้น,มองเห็นแสงได้มากขึ้น และ ข้อเสีย คือ แสบตา,ระคายเคืองตา
โดยมีความเสี่ยง/ผลแทรกซ้อนอันเกิดจากการยิงเลเซอร์คือ กระจุกตาตลก,ช่องหน้าม่านตาอักเสบ,เลือดออกในช่องหน้าม่านตา,จอตา
ตลก,ความดันลูกตาสุง,ภาพแตกจากการยิง โคนเลนส์แก้วตาเทียม,เลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน
และคาดว่าจะต้องนอนพักฟื้นในโรงพยาบาลหลังการยิงเลเซอร์ 1 วัน
4. ทีมให้การระงับความรู้สึกเพื่อการยิงเลเซอร์ได้อธิบายตามหลักวิชาการและมาตรฐานของการให้การระงับความรู้สึกถึงขั้นตอน
วิธีการระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวทั้งก่อนการระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึกและหลังการระงับความรู้สึก ซึ่งจะทำการ
ระงับความรู้สึกแบบ การดมยาสลบ การฉีดยาเฉพาะที่ การหยอดยาชาที่ตา
โดยมีความเสี่ยง / ผลแทรกซ้อนอันเกิดจากการระงับความรู้สึกเพื่อการยิงเลเซอร์ คือ แพ้ยา ฟันจากยาสลบซ้ำ หยุดหายใจ
 หัวใจหยุดเต้น คลื่นไส้ / อาเจียน หนาวสั่น เจ็บคอ / ระคายเคืองคอ เสียงแหบ ฟันโยก / ฟันหัก
 เกิดแผลบริเวณริมฝีปากและ / หรือบริเวณลิ้น ปวดศีรษะ ปวดหลัง
5. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า คำยินยอมนี้ครอบคลุมถึงการกระทำอย่างฉุกเฉินของการยิงเลเซอร์ การพิจารณาชนิดของการระงับความรู้สึก การ
ให้เลือด และอื่นๆ ของคณะแพทย์ที่ทำการรักษา เพื่อประโยชน์ในการรักษา และ/หรือช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้
6. ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลปราสาท จัดการตามวิธีการแพทย์กับเนื้อเยื่อ ชิ้นส่วนของร่างกาย หรืออวัยวะที่ถูกตัดออกจากร่างกาย
ของผู้ป่วย จากการตรวจรักษา และ / หรือผ่าตัด

ลงชื่อ.....ผู้อธิบาย
(.....)
แพทย์ผู้ทำการยิงเลเซอร์



ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวา
ของผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....
(.....)
เกี่ยวข้องเป็น.....

พยานคนที่ 1

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

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอม

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