

หนังสือแสดงคำยินยอมรับการรักษา
โรงพยาบาลปราสาท อ.ปราสาท จ.สุรินทร์

วันที่.....เวลา.....น.

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

ขอให้คำยินยอมในฐานะ ผู้ป่วย
 ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ขอให้คำยินยอมและอนุญาตโดยสมัครใจให้แพทย์ผู้รักษา ชื่อ.....

และคณะแพทย์ของท่าน ทำการรักษาพยาบาล โรคต้อหิน/มุมตาแคบ

เหตุผลของการนอน พักรักษา คือ เพื่อยิงเลเซอร์รียูมันตา **โดยใช้วิธี** ยิงเลเซอร์

ข้อดี คือ ควบคุมความดันลูกตาได้ดี, ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดต้อหินเฉียบพลัน

ข้อเสีย คือ แสบตา, ระคายเคืองตา

ภาวะแทรกซ้อน อาจทำให้กระจกตาถลอก, เกิดการอักเสบที่เนื้อเยื่อรียูมันตา, เลือดออกในช่องหน้าม่านตา, ความดันลูกตาสูง, ม่านตาอักเสบ (Uveitis)

โดยคาดว่าจะนอนโรงพยาบาลประมาณ 1 วัน

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

ลงชื่อ ผู้ให้คำอธิบาย
(.....)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

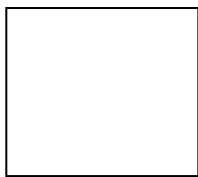
ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ชื่อ.....พยานคนที่ 1
(.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....

ชื่อ.....พยานคนที่ 2
(.....)

ตำแหน่ง.....



ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวา
ของผู้ให้ความยินยอม