

หนังสือแสดงคำยินยอมรับการผ่าตัดคลอด  
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) **ผ่าตัดคลอด**  
เหตุผลความจำเป็นในการผ่าตัด  เคยมีประวัติการผ่าตัดคลอดบุตร  การคลอดติดขัด .....  
ทางเลือกการรักษาอื่นของการคลอด ได้แก่ การคลอดทางช่องคลอดปกติ หรือใช้เครื่องมือช่วยคลอดทางช่องคลอด แต่แพทย์  
วินิจฉัยว่าถ้าปล่อยให้คลอดทางช่องคลอด อาจมีความเสี่ยงหรืออันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้

3. แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดได้อธิบายตามหลักวิชาการและมาตรฐานของแพทย์แผนปัจจุบันถึงขั้นตอนและวิธีการผ่าตัดโดยมี  
**ข้อดีของการผ่าตัดคลอด** คือ

1. ช่วยคลอดในกรณีคลอดทางช่องคลอดไม่ได้ เช่น การมีเลือดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับกระดูกเชิงกรานของมารดา  
ทารกทำผิดปกติ รกเกาะต่ำ
2. ช่วยการคลอดให้รวดเร็วในกรณีเร่งด่วน เช่น มีหลักฐานแสดงถึงภาวะทารกขาดออกซิเจน สายสะดือย้อย เป็นต้น
3. กรณีเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือผ่าตัดมดลูก หากปล่อยให้เจ็บครรภ์คลอด อาจทำให้เกิดการปริหรือแตกที่มดลูก  
บริเวณแผลผ่าตัดเก่าได้

**ข้อเสียของการผ่าตัดทำคลอด** คือ

1. เกิดแผลขนาดใหญ่ที่หน้าท้อง และปวดแผลมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด
2. มักมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด

**โดยมีความเสี่ยง / ผลแทรกซ้อนอันเกิดจากการผ่าตัดคือ**

1. มดลูกอักเสบติดเชื้อ พบประมาณร้อยละ 0.6
2. แผลผ่าตัดติดเชื้อพบประมาณร้อยละ 2.5 – 6
3. ติดเชื้อในช่องท้องและมีถุงหนองในอุ้งเชิงกราน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะทางเดินหายใจ
4. ตกเลือดในช่องท้อง ประมาณ ร้อยละ 0.5
5. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด พบน้อยกว่าร้อยละ 0.1
6. มารดามีโอกาสเสียชีวิตจากการผ่าตัดคลอด พบประมาณ 1 ราย ต่อการผ่าตัด 12,000 ราย
7. ทารกอาจมีภาวะหายใจเร็วผิดปกติเกิดขึ้นชั่วคราวหลังคลอด พบได้ร้อยละ 3.1

และระยะเวลาการผ่าตัดโดยประมาณ 1 ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่รวมระยะเวลาพักผ่อนหลังผ่าตัดในระยะแรก และ  
ระยะเวลาในการดูแลรักษาในโรงพยาบาล 3-5 วัน ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน

4. ทีมให้การระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดได้อธิบายตามหลักวิชาการและมาตรฐานของการให้การระงับความรู้สึกถึงการขั้นตอน วิธี  
การระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวทั้งก่อนการระงับความรู้สึก 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.)ฟันโยก/ฟันหัก 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 ชั้นส่วนของร่างกาย หรืออวัยวะที่ถูกตัดออกจาก  
ร่างกายของผู้ป่วย จากการตรวจรักษา และ / หรือผ่าตัด
7. ข้าพเจ้า และ ..... ได้รับทราบว่าบางกรณีอาจมีทางเลือกอื่นของการคลอดและการผ่าตัดคลอดมีความ  
เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน แต่สมัครใจที่จะคลอดด้วยวิธีการผ่าท้องคลอดและยอมรับผลที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นจึงลงบันทึกเพื่อเป็นการ  
ยืนยันความต้องการคือ
- มีความยินยอมให้ผ่าตัดคลอดและผ่าตัดอื่นๆตามความจำเป็น

ลงชื่อ.....ผู้อธิบาย  
(.....)  
ตำแหน่ง สูตินรีแพทย์  
แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด



ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวา  
ของผู้ให้ความยินยอม  
(.....)

ลงชื่อ.....  
(.....)  
เกี่ยวข้องกับ.....  
พยานคนที่ 1

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

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้ให้ความยินยอม

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