

หนังสือแสดงความยินยอมรับการผ่าตัดคลอดร่วมกับทำหมัน
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) **ผ่าตัดคลอดร่วมกับทำหมัน**
เหตุผลความจำเป็นในการผ่าตัด เคยมีประวัติการผ่าตัดคลอดบุตร การคลอดติดขัด
ทางเลือกการรักษาอื่นของการคลอด ได้แก่ การคลอดทางช่องคลอดปกติ หรือใช้เครื่องมือช่วยคลอดทางช่องคลอด แต่แพทย์
วินิจฉัยว่าถ้าปล่อยให้คลอดทางช่องคลอดอาจมีความเสี่ยงหรืออันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้

3. แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดได้อธิบายตามหลักวิชาการและมาตรฐานของแพทย์แผนปัจจุบันถึงขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด โดยมี
ข้อดีของการผ่าตัดคลอด คือ

1. ช่วยคลอดในกรณีคลอดทางช่องคลอดไม่ได้ เช่น การมีสัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับกระดูกเชิงกรานของมารดา
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

ข้าพเจ้าได้ขอให้แพทย์ทำการผ่าตัดทำหมันให้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการผ่าตัดนี้จะทำให้เป็น
หมัน ซึ่งการแก้หมัน ในภายหลังทำได้ยาก ข้อมูลทางการแพทย์ขณะนี้พบว่าผู้ที่ได้รับการทำหมันหญิงแล้ว จะเป็นหมันโดยไม่ต้อง
คุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นอีก **แต่ก็อาจตั้งครรภ์ได้อีก อัตราการตั้งครรภ์ภายหลังทำหมัน พบได้ประมาณ 4 ราย ใน
1,000 ราย และ 1 ใน 3 ของผู้ที่ตั้งครรภ์อาจเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก** ดังนั้น ผู้ที่สงสัยว่าอาจตั้งครรภ์ ควรรีบ
ปรึกษาแพทย์

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

4. ทีมให้การระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดได้อธิบายตามหลักวิชาการและมาตรฐานของการให้การระงับความรู้สึกถึงการขั้นตอน
วิธีการระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวทั้งก่อนการระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึกและหลังการระงับความรู้สึก ซึ่งจะทำการ
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.)พินโยก/พินหัก 10.)เกิดแผลบริเวณริมฝีปากและ/หรือบริเวณลิ้น 11.)ปวดศีรษะ 12.)ปวดหลัง 13.)คาท่อช่วยหายใจเข้าห้อง ICU เพื่อสังเกตอาการ

5. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า คำยินยอมนี้ครอบคลุมถึงการกระทำอย่างฉุกเฉินของการผ่าตัด การพิจารณาชนิดของการระงับความรู้สึก การให้เลือด และอื่นๆ ของคณะแพทย์ที่ทำการรักษา เพื่อประโยชน์ในการรักษา และ/หรือช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้
6. ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลปราสาท จัดการตามวิธีการแพทย์กับเนื้อเยื่อ ชิ้นส่วนของร่างกาย หรืออวัยวะที่ถูกตัดออกจากร่างกายของผู้ป่วย จากการตรวจรักษา และ / หรือผ่าตัด
7. ข้าพเจ้า และ ได้รับทราบว่าบางกรณีอาจมีทางเลือกอื่นของการคลอดและการผ่าตัดคลอดมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน แต่สมัครใจที่จะคลอดด้วยวิธีการผ่าท้องคลอดและยอมรับผลที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นจึงลงบันทึกเพื่อเป็นการยืนยันความต้องการคือ
 มีความยินยอมให้ผ่าตัดคลอดและผ่าตัดอื่นๆตามความจำเป็น

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



ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวา
 ของผู้ให้ความยินยอม
 (.....)

ลงชื่อ.....
 (.....)
 เกี่ยวข้องเป็น.....
 พยานคนที่ 1
 ของผู้ให้ความยินยอม

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

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

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