

**หนังสือแสดงคำยินยอมรับการผ่าตัดหุ้ม  
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. คณะแพทย์ของท่านได้ลงความเห็นว่าจะควร ทำการผ่าตัด / หัตถการ (ชื่อการผ่าตัด/หัตถการ)

ทำหุ้มหลังคลอด  ทำหุ้มแห้ง

3. แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดได้อธิบายตามหลักวิชาการและมาตรฐานของแพทย์แผนปัจจุบันถึงขั้นตอนและวิธีการผ่าตัดโดยมี  
**วิธีการ**

ทำหุ้มหลังคลอด โดยทั่วไปแพทย์จะทำหุ้มหลังคลอดภายใน 1-3 วัน หลังจากที่ให้ยาระงับความรู้สึก แพทย์  
จะทำการเปิดหน้าท้องบริเวณใต้สะดือหรือต่ำกว่านั้น เป็นแผลยาวประมาณ 2-3 ซม. และใช้เครื่องมือจับและผูก  
และ/หรือ ตัดท่อน้ำไขทั้งสองข้าง แล้วจึงเย็บปิดหน้าท้อง

ทำหุ้มแห้ง ทำเมื่อหญิงนั้นไม่อยู่ในระยะหลังคลอด และแน่ใจว่าไม่ได้ตั้งครรภ์ หลังจากที่ให้ยาระงับความรู้สึก อาจมีการ  
ใส่เครื่องมือยกมดลูกทางช่องคลอดและแพทย์จะผ่าตัดเปิดหน้าท้องบริเวณเหนือหัวหน้า เป็นแผลยาวประมาณ 2-4 ซม.และใช้  
เครื่องมือจับผูกและตัดท่อน้ำไขทั้ง 2 ข้าง แล้วจึงเย็บปิดหน้าท้อง

ข้าพเจ้าได้ขอให้แพทย์ทำการผ่าตัดทำหุ้มให้ ..... ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการผ่าตัดนี้ จะทำให้เป็นหุ้ม  
ซึ่งการแก้หุ้ม ในภายหลังทำได้ยาก ข้อมูลทางการแพทย์ขณะนี้พบว่าผู้ที่ได้รับการทำหุ้มหญิงแล้ว จะเป็นหุ้มโดย ไม่ต้องคุม-  
กำเนิดด้วยวิธีอื่นอีก **แต่ก็อาจตั้งครรภ์ได้อีก อัตราการตั้งครรภ์ภายหลังทำหุ้ม พบได้ประมาณ 4 ราย ใน  
1,000 ราย และ 1 ใน 3 ของผู้ที่ตั้งครรภ์อาจเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก** ดังนั้น ผู้ที่สงสัยว่าอาจตั้งครรภ์ ควรรีบ  
ปรึกษาแพทย์

**โดยมีความเสี่ยง / ผลแทรกซ้อนอันเกิดจากการผ่าตัดคือ** ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ การระงับความรู้สึก การ  
อักเสบติดเชื้อ เลือดออกในช่องท้อง หรือก้อนเลือดบริเวณแผลผ่าตัด แผลไม่ติด เกิดอันตรายต่ออวัยวะอื่นภายในช่องท้อง  
โดยทั่วไปภาวะนี้ไม่พบบ่อย ไม่รุนแรงและรักษาได้ไม่ยาก ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหุ้มแห้ง ในกรณีที่ใช้เครื่องส่องในอุ้งเชิง-  
กราน จะรู้สึกแน่นท้อง ท้องอืด ปวดไหล่ เนื่องจากขณะที่ทำหุ้ม ต้องใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง แต่จะหายใจได้  
และระยะเวลาการผ่าตัดโดยประมาณ 15 – 30 นาที ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่รวมระยะเวลาฟักฟื้นหลังผ่าตัดใน  
ระยะแรก และระยะเวลาในการดูแลรักษาในโรงพยาบาล 1-2 วัน ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน

4. ทีมให้การระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดได้อธิบายตามหลักวิชาการและมาตรฐานของการให้การระงับความรู้สึกถึงการขั้นตอน วิธี-  
การระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวทั้งก่อนการระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึกและหลังการระงับความรู้สึก ซึ่งจะทำให้การ  
ระงับความรู้สึกแบบ  การดมยาสลบ  การฉีดยาชาเฉพาะที่ที่ช่องไขสันหลัง  การฉีดยาชาเฉพาะที่

**โดยมีความเสี่ยง/ผลแทรกซ้อนอันเกิดจากการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด คือ** 1.)แพ้ยา 2.)พื่นจากยาสลบช้า 3.)หยุดหายใจ  
4.)หัวใจหยุดเต้น 5.)คลื่นไส้/อาเจียน 6.)หนาวสั่น 7.)เจ็บคอ/ระคายเคืองคอ 8.)เสียงแหบ 9.)พื่นโยก/พื่นหัก 10.)เกิดแผลบริเวณ  
ริมฝีปากและ/หรือบริเวณลิ้น 11.)ปวดศีรษะ 12.)ปวดหลัง 13.)คาท่อช่วยหายใจ เข้าห้อง ICU เพื่อสังเกตอาการ

5. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า คำยินยอมนี้ครอบคลุมถึงการกระทำอย่างฉุกเฉินของการผ่าตัด การพิจารณาชนิดของการระงับความรู้สึก การให้  
เลือด และอื่นๆ ของคณะแพทย์ที่ทำการรักษา เพื่อประโยชน์ในการรักษา และ/หรือช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้

6. ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลปราสาท จัดการตามวิธีการแพทย์กับเนื้อเยื่อ ชิ้นส่วนของร่างกาย หรืออวัยวะที่ถูกตัดออกจาก  
ร่างกายของผู้ป่วย จากการตรวจรักษา และ / หรือผ่าตัด

7. ข้าพเจ้า และ ..... ได้รับทราบรายละเอียดถึงผลที่จะได้รับหลังการทำหมัน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดทั้งทราบดีว่ามีวิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่นๆอีกที่ข้าพเจ้าสามารถเลือกใช้ได้ แต่ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้แพทย์ทำหมันและยอมรับผลที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว ข้าพเจ้าจะยกเลิกความยินยอมนี้เมื่อไรก็ได้ก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดทำหมัน

ลงชื่อ.....ผู้อธิบาย  
(.....)

ตำแหน่ง สูตินรีแพทย์  
แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด



ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวา  
ของผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....  
(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....

พยานคนที่ 1

ลงชื่อ.....  
(.....)ตำแหน่ง

.....พยานคนที่ 2

\*\*ข้าพเจ้าขอยกเลิกความยินยอมการผ่าตัดทำหมัน

ลงชื่อ .....