


<p>โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์</p>	 <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ โรงพยาบาลปราสาท</p>	<p>แบบฟอร์ม (Form : FM) รหัส FM-PCTPSY-001-00</p>
<p>เรื่อง : หนังสือให้ความยินยอมจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยโรงพยาบาลปราสาท</p>		
<p>ชื่อสาขา : PCT จิตเวชและสารเสพติด</p>	<p>ฉบับแรก (จำนวน 2 หน้ารวมปก) วันที่อนุมัติใช้ 13 พ.ค. 2567</p>	
<p>ผู้จัดทำ นายอมรชัย ดีพร้อม นางรุ่งนภา นิลประภา นางสาวน้ำผึ้ง ศรีสุข</p>	<p>ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p>	<p>ลายมือชื่อ</p>
<p>ผู้ตรวจสอบ..... (นายอมรชัย ดีพร้อม) ประธาน PCT จิตเวชและสารเสพติด</p>	<p>ผู้อนุมัติ (นางสาวชอุภัสร์ มหรรทศนพงศ์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท</p>	
<p>หน่วยงานที่นำไปใช้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) องค์กรแพทย์ 2) องค์กรพยาบาล 3) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 5) หอผู้ป่วยในทุกหน่วย 		

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
00	13 พ.ค. 2567	ฉบับแรก	1-2

หนังสือให้ความยินยอมจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยโรงพยาบาลปราสาท

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... อายุ.....ปี HN.....

ผู้ให้ความยินยอม..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกี่ยวข้องกับของผู้ป่วย

ข้าพเจ้ายินยอม ให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปราสาท ทำการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ขณะมีพฤติกรรมรุนแรงเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน หรือเสี่ยงต่อการหลบหนี โดยอาจใช้วิธีจับตัว ใช้ผ้าพัน จำกัดพฤติกรรม การแยกห้อง หรือการผูกยึดในกรณีที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ เพื่อป้องกันภาวะอันตรายและให้เกิดประโยชน์ในการรักษา โดยอยู่ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ

ข้าพเจ้าไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปราสาท ทำการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ขณะมีพฤติกรรมรุนแรงเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน หรือเสี่ยงต่อการหลบหนี หากเกิดความเสียหายกับบุคคลและทรัพย์สิน ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อการกระทำของผู้ป่วย

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล คำอธิบาย และเข้าใจเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียด ประโยชน์ของการบำบัดและและภาวะแทรกซ้อนแล้ว จึงลงนามให้ความยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลปราสาทต่อหน้าพยาน

ลงนาม.....ผู้ให้ความยินยอม

ลงนาม.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

(.....)

ลงนาม.....พยานฝ่ายผู้ป่วย

ลงนาม.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่

(.....)

(.....)

เกี่ยวข้องกับ

ตำแหน่ง.....