|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| คำอธิบาย: C:\Users\admin\Desktop\934035_1218080144872758_1485968059179311876_n.png | **โรงพยาบาลสุทธาเวช****คลินิกหู คอ จมูก****คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม** | **ชื่อ...................................................HN…………………………**MSU-FM-ENT-003 Page 1/2แก้ไขครั้งที่:00 วันที่บังคับใช้ 04 ก.ย. 61**อายุ..............ปี เพศ.................. หอผู้ป่วย.........................****แพทย์เจ้าของไข้.................................................................** |

**หนังสือแสดงความยินยอมให้แพทย์หรือคณะแพทย์ทำหัตถการหรือการตรวจ / รักษาวิธีพิเศษ**

**สำหรับการผ่าตัดปะแก้วหู หูชั้นกลาง หรือ โพรงกระดูกมาสตอยด์(Myringotomy/Tympanoplasty/Mastoidectomy)**

  **วันที่**.............................................................

 ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....................................................................................................อายุ..........................ปี

อยู่บ้านเลขที่...............................ถนน...................................... ตำบล........................................... อำเภอ............................................. จังหวัด..................................................... ในฐานะ 🖵 ผู้ป่วยเอง 🖵 ญาติผู้มีสิทธิให้ความยินยอม ขอแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจให้แพทย์หรือคณะแพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพของโรงพยาบาลสุทาเวช ที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา 🖵 นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ............................................................................. 🖵 ตัวข้าพเจ้าเอง ให้ดำเนินการตรวจ / รักษาด้วยวิธี ผ่าตัดปะแก้วหู หูชั้นกลาง หรือ โพรงกระดูกมาสตอยด์(Myringotomy/Tympanoplasty/Mastoidectomy) ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับแผนการรักษาของข้าพเจ้า รวมทั้งผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่าง หรือภายหลังการตรวจ-รักษา ตามเอกสารหมายเลข MSU-FM-ENT-003 Page 2/2 และแนวทางเลือกอื่นๆ เพื่อการตรวจ/รักษา 🖵สังเกตอาการ 🖵รักษาด้วยยา 🖵อื่นๆ(ระบุ)..........................................................................................................ซึ่งได้อธิบายแก่ข้าพเจ้าอย่างชัดเจนโดย นพ./พญ..................................................................................................................................

 ข้าพเจ้ามีสติตระหนักดีว่า คณะแพทยศาสตร์และทีมผู้รักษาพยาบาล ไม่สามารถรับรองได้ถึงผลสำเร็จของการตรวจ/รักษาดังกล่าวทั้งหมดได้ ข้าพเจ้าขอแสดงความ 🖵 ยินยอม 🖵 ไม่ยินยอม รับการตรวจ/รักษาด้วยวิธีดังกล่าว ซึ่งอาจรวมถึงการใช้ระงับความรู้สึก การใช้ยาดมสลบ การให้เลือด และ/หรือ ผลิตภัณฑ์จากเลือด การตรวจเพื่อวินิจฉัยหรือรักษาทางรังสี การตัดเจาะชิ้นเนื้อหรือส่วนของอวัยวะ และระหว่างการตรวจ-รักษา ดังกล่าว ถ้าแพทย์ผู้รักษามีความจำเป็นจะต้องทำการตรวจ-รักษา หรือผ่าตัดเพิ่มเติมอย่างทันทีทันใด ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ดำเนินการได้โดยเป็นการคำนึงถึงประโยชน์สุขภาพอนามัยของผู้ป่วยตามความจำเป็นและเหมาะสม และ/หรือ ชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

 ลงชื่อ.............................................................. 🖵 ผู้ป่วยเอง 🖵 ญาติผู้ให้ความยินยอมหรือ

 ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

 (..............................................................) วันที่.......................................................................

 \* ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย................................................................................................................

 ลงชื่อ.............................................................ผู้ให้ข้อมูลหัตถการ/การตรวจ-รักษาวิธีพิเศษ

 (..............................................................) วันที่.......................................................................

ลายพิมพ์นิ้ว

หัวแม่มือผู้ป่วย

🖵 ขวา

🖵 ซ้าย

🖵 อื่น ๆ ระบุ........................

.........................................

 ขอรับรองว่าผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมหรือลงลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าพยานจริง

 ลงชื่อ..............................................................พยาน

 (.........................................................) วันที่..............................................................................

 ลงชื่อ..............................................................พยาน

 (.........................................................) วันที่..............................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **\* ระบุเหตุที่ผู้ป่วยมิอาจให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง****( ) อายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์****( ) ผู้บกพร่องทางกาย-จิต ระบุ..........................................****( ) อื่น ๆ ระบุ.....................................................................** | **บัตรประจำตัวผู้แสดงความยินยอมแทนผู้ป่วย****ชนิดของบัตร**...........................................................................**สังกัด**...............................................**เลขที่**................................**วันออกบัตร**..............................................................................**วันหมดอายุ**.............................................................................**สถานที่ออกบัตร**...................................................................... |

MSU-FM-ENT-003 Page 2/2

แก้ไขครั้งที่:00 วันที่บังคับใช้ 04 ก.ย. 61

**ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากการผ่าตัดปะแก้วหู หูชั้นกลาง หรือ โพรงกระดูกมาสตอยด์ (Myringotomy,Tympanoplasty,Mastoidectomy)**

1. เลือดออก หรือเลือดคั่งบริเวณหลังหู หรือขมับ
2. แผลติดเชื้อ
3. ประสาทหูเสื่อม
4. เส้นประสาทใบหน้าเป็นอัมพาต
5. เส้นประสาทการรับรองของลิ้นเป็นอัมพาต
6. เวียนศีรษะ
7. กระดูกหูชั้นกลางเลื่อนหลุด
8. น้ำไขสันหลังรั่ว
9. เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง หรือในสมอง
10. เส้นเลือดดำหลังกระดูกมาสตอยด์ฉีดขาด (Lateral sinus)
11. ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ ตั้งแต่ปัญหาเล็กน้อยจนถึงเสียชีวิต (การเสียชีวิตมีโอกาสเกิดได้น้อยมาก)

 ลงชื่อ........................................................ ( ) ผู้ป่วยเอง ( ) ญาติผู้ให้ความยินยอม

 (.........................................................) วันที่.............................................................