



ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี
HN.....AN.....สิทธิการรักษา.....
ชนิดการผ่าตัด.....วันเดือนปี.....

คำแนะนำการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการผ่าตัด (สำหรับผู้ป่วยและญาติ)

คำอธิบาย : กรุณาใส่เครื่องหมาย หน้าข้อความ

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบ

- การผ่าตัดชนิดให้ยาชาเฉพาะที่
- การผ่าตัดชนิดให้ยาระงับความรู้สึก

2. ขั้นตอนการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยปฏิบัติ ดังนี้

- ผู้ป่วยต้องมานอนโรงพยาบาลก่อนวันผ่าตัด (วันที่...../...../.....)
- ผู้ป่วยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล
- งดน้ำ งดอาหารทุกชนิด เพื่อป้องกันปัญหาการสำลักเศษอาหารระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก อย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมงก่อนวันที่ทำการผ่าตัด (วันที่...../...../.....)
- รับประทานอาหารได้ตามปกติ
- ผู้ป่วยต้องพาญาติมาด้วยเพื่อสะดวกในการดูแลขณะที่อยู่โรงพยาบาล และเพื่อที่จะนำคุณกลับไปบ้าน
- ผู้ป่วยต้องเซ็น ใบยินยอมผ่าตัด ก่อนผ่าตัด กรณีผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะอายุต่ำกว่า 18 ปี จะต้องเป็นผู้ปกครอง พ่อ แม่ หรือญาติผู้ให้การดูแลอุปถัมภ์เป็นผู้เซ็นยินยอมผ่าตัดร่วมด้วย
- ถอดสิ่งของมีค่าเครื่องประดับทุกชนิด เช่น แหวน กิ๊บติดผม สร้อยคอ สร้อยข้อมือ ต่างหู ไม้ที่ บ้านหรือฝาอกญาติไว้ เพราะจะทำให้เป็นสื่อการนำไฟฟ้า สามารถเกิดอันตรายขณะผ่าตัด รวมทั้งอาจสูญหายได้ (หากสูญหายทางโรงพยาบาลไม่รับผิดชอบทุกกรณี)
- ต้องถอด ฟันปลอม แว่นตา คอนแทคเลนส์ ทุกครั้งก่อนเข้าผ่าตัด
- ไม่แต่งหน้า รวมถึงงดใช้เครื่องสำอางค์ แป้ง และเวชภัณฑ์บำรุงผิวหน้าทุกชนิด ก่อนเข้าผ่าตัด
- ไม่ทาเล็บ หากผู้ป่วยทาเล็บกรุณาล้างเล็บก่อนวันผ่าตัด และตัดเล็บให้สั้น
- กรุณานำบัตรประชาชน บัตรนัดและใบส่งตัว (ถ้ามี) มาด้วย
- กรุณานำยาโรคประจำตัว หรือยาที่ใช้เป็นประจำมาด้วย
- ผู้ป่วยต้องงดยา.....ตั้งแต่วันที่.....
- ตรวจ Covid-19 ATK วันที่...../...../.....(ตรวจที่โรงพยาบาล)
- เตรียมผ้าอนามัยแบบห่วง ก่อนไปห้องผ่าตัด (กรณีผู้ป่วยสตรี-นรีเวช)
- ชำระค่าอุปกรณ์พิเศษในการผ่าตัด จำนวนเงิน.....บาท
 - ชำระเรียบร้อย
 - รอชำระที่ห้องการเงินวันนอนโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้รับฟังคำแนะนำ (.....) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ เกี่ยวข้องเป็น.....	ลงชื่อ.....จนท.ผู้ให้ข้อมูล (.....) วันที่.....
--	---



ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี
 HN.....AN.....สิทธิการรักษา.....
 ชนิดการผ่าตัด.....วันเดือนปี.....

คำแนะนำการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการผ่าตัด (สำหรับเจ้าหน้าที่)

โรคประจำตัว :

ประวัติการแพ้ยา :

ประวัติการใช้ยา : ยาละลายลิ้มเลือด แปะกัวย วิตามินอี

- ไม่มี
 มี ระบุวันที่งด.....

Pre-Op	<input type="checkbox"/> RE	<input type="checkbox"/> LE
VA SC	pH	pH
VA SC	pH	pH

เลนส์ตาเทียมที่ใช้ (ระบุ Model และ Power)

- ไม่ได้ใช้เลนส์ตาเทียม
 เลนส์โนสिति (NP) =
 เลนส์เกินสिति (CP) ราคา 3,800 บาท =
 เลนส์เกินสिति (CP) ราคา.....บาท =

สำหรับเลนส์ตาเทียม

อุปกรณ์อื่น ๆ

- ไม่มี Xen Gel Stent
 Silicone Oil Capsular Tension Ring
 Glaucoma Shunt Device with Valve / without Valve

สำหรับอุปกรณ์อื่น ๆ

Categories		VA
0	Mild / No Visual Impairment	≥ 20/70
1	Moderate Visual Impairment	20/100 to 20/200
2	Severe Visual Impairment	15/200 to 20/400
3	Blindness	< 20/400 to FC 3 ft
4	Blindness	FC 2 ft to PL
6	Blindness	No PL
9	Unqualified Visual Loss	Undertermined or Unspecified

หมายเหตุ : ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำและเอกสารการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการผ่าตัดแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับฟังคำแนะนำ (.....) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ เกี่ยวข้องเป็น.....	ลงชื่อ.....จนท.ผู้ให้ข้อมูล (.....) วันที่.....
--	---