



โรงพยาบาลสุทธาเวช  
คณะแพทยศาสตร์ มสธ

# โรงพยาบาลสุทธาเวช

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

PATIENT ID STICKER

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและยินยอมทำหัตถการ/ผ่าตัดของผู้ป่วยในการรักษาตามโครงการผ่าตัด

แบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) (ภายใน 24 ชั่วโมง)

วันที่.....เวลา.....น.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
ในสถานะ เป็น  ผู้ป่วย ญาติ(ระบุ.....) ของผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....  
ซึ่งเป็นบุคคลที่มีสติสัมปชัญญะดีในขณะที่รับฟังข้อมูลจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่/ โดยได้รับการอธิบายให้ทราบและทำความเข้าใจใน  
ประเด็นต่อไปนี้

1. ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาโรค.....
2. ทำการผ่าตัด หรือ หัตถการด้วยวิธี.....
3. ปัญหาที่เกิดขึ้น/ผลข้างเคียง ระหว่างการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด/หัตถการ ได้แก่
  - 3.1 การได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น.....
  - 3.2 การเสียเลือด การมีเลือดออก และการให้เลือด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด
  - 3.3 การติดเชื้อจากการผ่าตัด หรือระบบอื่นๆ ผลผ่าตัด ระบบทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ
  - 3.4 อื่น ๆ (ระบุ) .....
4. โดยมีการใช้ยาระงับความรู้สึก
  - ยาชาเฉพาะที่ (local anesthesia)
  - การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia)
  - การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่เข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal anesthesia)
  - การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวโดยให้ยาทางเส้นเลือดดำ (Total intravenous anesthesia)
  - อื่น ๆ.....

แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ ได้อธิบายตามหลักวิชาการและมาตรฐานทางการแพทย์แผนปัจจุบันถึงขั้นตอนและวิธีการหรือ  
วัตถุประสงค์ ของการระงับความรู้สึก รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนอันอาจเกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกอย่างละเอียดแล้วข้าพเจ้าให้การ  
การผ่าตัด หรือหัตถการ แก่ผู้ป่วย ระหว่างการตรวจ-รักษาดังกล่าว ถ้าแพทย์ผู้รักษาดังกล่าวมีความจำเป็นต้องตรวจ-รักษาหรือผ่าตัด  
เพิ่มเติมในทันทีทันใด ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ดำเนินการได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม หรือคำนึงถึงชีวิตผู้ป่วยเป็นสำคัญ  
ข้าพเจ้ามีสติและตระหนักดีว่า แพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพ ไม่สามารถรับรองได้ถึงผลสำเร็จของการตรวจ-รักษาดังกล่าว  
จึงขอลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน



ยินยอม  ไม่ยินยอม เหตุผลที่ไม่ยินยอม.....

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย

ชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล (แพทย์/พยาบาล)

(.....)

(.....)

ลายพิมพ์นิ้วมือหัวแม่มือ

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย

ลงชื่อ.....พยาน (แพทย์/พยาบาล)

ขวา  ซ้าย

(.....)

(.....)

\*ระบุสาเหตุที่ผู้ป่วยมีอาการให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง

- อายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์
- ผู้บกพร่องทางจิต ระบุ.....

บัตรประจำตัวผู้แสดงความยินยอมแทนผู้ป่วย

ชนิดของบัตร.....

สังกัด..... เลขที่.....

วันออกบัตร..... วันหมดอายุ.....