

หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779)
เรื่อง.....

(ติดสติ๊กเกอร์ HN. ทุกหน้า)

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

HN.....Ward/OPD.....

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย.....

เลข ว. แพทย์.....วันที่.....เวลา.....

หมายเหตุ :

1. กรณีเป็นหนังสือยินยอมฯ ของวิชาชีพอื่น ให้แก้ไขรายละเอียดเนื้อหาที่เกี่ยวข้องเป็นวิชาชีพนั้น ๆ เช่น หนังสือยินยอมให้นักกายภาพบำบัด ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779) เรื่อง การบำบัดด้วยความร้อน
2. พื้นที่หัวกระดาษ และท้ายกระดาษ ต้องมีปรากฏทุกหน้า (กรณีมี 2 หน้าขึ้นไป)
3. พื้นที่ส่วนกลางกระดาษ เป็นข้อมูลรายละเอียดของหนังสือยินยอมฯ ที่สาขาวิชา/หน่วยบริการ จัดทำขึ้น โดยต้องสอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6 - 8 (ตามคู่มือ MRA ประเภทผู้ป่วยใน หน้า 39-40)

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจาก นายแพทย์/แพทย์หญิง.....จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัย รักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามดังกล่าว) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรืออายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม
(.....) วันที่ (...../...../.....) เวลา.....

☐ “ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วย มาคนเดียว”

ลงชื่อ.....ผู้แทนผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม เกี่ยวข้องเป็น
(.....) วันที่ (...../...../.....) เวลา.....

☐ บิดา ☐ มารดา
☐ ผู้ปกครอง ☐ อื่น ๆ.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย
(.....) วันที่ (...../...../.....)

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
(.....) วันที่ (...../...../.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง.....