

### 3. Informed consent

#### บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

##### เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ (informed consent) ของผู้ป่วยและญาติ
2. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน (ให้ผู้ตรวจประเมิน ระบุ No) ในกรณีดังนี้
  - 2.1 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นของผู้ป่วยรายใด
  - 2.2 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้ให้คำอธิบาย
  - 2.3 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูล
3. กรณีที่มี informed consent หลายกิจกรรมหรือหลายใบ ให้เลือกประเมินใบที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการที่สำคัญที่สุด ในการรักษาครั้งนี้ (อยู่ที่วิจารณ์ญาณของผู้ตรวจสอบ) เช่น ถ้ามีการทำหัตถการที่สำคัญให้ถือว่าใบ informed consent ที่รับทราบว่าต้องมีการทำหัตถการนี้ สำคัญกว่าใบ informed consent ที่รับทราบการยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

## เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

**เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

**เกณฑ์ข้อที่ 2** มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา

**เกณฑ์ข้อที่ 3** มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนาม ยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

- 1) กรณีมีการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีที่มีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีที่ไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง
- 2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น

**เกณฑ์ข้อที่ 4** มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน

- กรณีที่มาคนเดียว ต้องระบุว่า “มาคนเดียว”

**เกณฑ์ข้อที่ 5** มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย

**เกณฑ์ข้อที่ 6** มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

**เกณฑ์ข้อที่ 7** มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วย และญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

**เกณฑ์ข้อที่ 8** มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

- กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดี ผลเสียของการผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่ามีความหมาย

**เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และเวลาที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

