

1 หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779)

เรื่อง.....

พื้นที่สำหรับเจ้าหน้าที่เวชระเบียนระบุรหัสแบบฟอร์ม

(ติดสติ๊กเกอร์ HN. ทุกหน้า)

2 เกณฑ์ 1

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

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

3 เกณฑ์ 2

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย.....

เลข ว. แพทย์.....วันที่.....เวลา.....

4 เกณฑ์ 6-8

พื้นที่สำหรับบรรยายละเอียดของหนังสือยินยอมฯ ที่สาขาวิชา/หน่วยบริการ จัดทำขึ้น

โดยต้องสอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6 - 8 ตามคู่มือ MRA ประเภทผู้ป่วยใน หน้า 39-40 ดังนี้

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีช่องสำหรับบันทึก หรือมีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษ วิธีการรักษาหรือหัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีช่องสำหรับบันทึก หรือมีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีช่องสำหรับบันทึก หรือมีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

- กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดี ผลเสียของการผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่ามิข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

5

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

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรืออายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ..... เกณฑ์ 3ผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม
(.....) วันที่ (...../...../.....) เวลา..... เกณฑ์ 9

เกณฑ์ 4

☐ “ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วย มาคนเดียว”

ลงชื่อ..... เกณฑ์ 3ผู้แทนผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม เกี่ยวข้องเป็น
(.....) วันที่ (...../...../.....) เวลา... เกณฑ์ 9

☐ บิดา

☐ มารดา

☐ ผู้ปกครอง ☐ อื่น ๆ.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ..... เกณฑ์ 4พยานฝ่ายผู้ป่วย
(.....) วันที่ (...../...../.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ..... เกณฑ์ 5พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
(.....) วันที่ (...../...../.....)

ตำแหน่ง.....

6 เกณฑ์ 10 (ระบุข้อความกำหนดอายุของการลงนามรับทราบและให้คำยินยอมในแบบฟอร์ม

ระบุจำนวนหน้าของแบบฟอร์ม

ตามข้อกำหนดของ รพ.สงขลานครินทร์)

“หนังสือฉบับนี้มีอายุ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ลงนาม”

ข้อกำหนดมาตรฐานการออกแบบ แบบฟอร์ม Informed consent โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

1. พื้นที่ส่วนที่ ❶ ❷ และ ❸ กำหนดให้ต้องมีปรากฏทุกหน้า (กรณีมี 2 หน้าขึ้นไป) และให้ใช้เนื้อหาตามที่โรงพยาบาลกำหนด

- การตั้งชื่อหนังสือยินยอมฯ อนุญาตให้แก้ไขเนื้อหาที่ระบุตำแหน่งวิชาชีพ สอดคล้องตามวิชาชีพนั้น ๆ เช่น “หนังสือยินยอมให้นักกายภาพบำบัด ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (13779) เรื่อง การบำบัดด้วยความร้อน”

2. พื้นที่ส่วนที่ ❹ ต้องมีปรากฏในหน้าแรกและอยู่ส่วนหัวของหนังสือ ให้ใช้เนื้อหาตามที่โรงพยาบาลกำหนด อนุญาตให้แก้ไขเนื้อหาที่ระบุตำแหน่งวิชาชีพ สอดคล้องตามวิชาชีพนั้น ๆ

3. พื้นที่ส่วนที่ ❺ เป็นข้อมูลรายละเอียดของหนังสือยินยอมฯ ที่สาขาวิชา/หน่วยบริการ จัดทำขึ้น โดยต้องมีเนื้อหาสอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6, 7 และ 8 ตามคู่มือ MRA ประเภผู้ป่วยใน หน้า 39-40

4. พื้นที่ส่วนที่ ❻ ต้องมีปรากฏในส่วนท้ายของเนื้อหาในหนังสือยินยอมฯ ต้องมีช่องสำหรับบันทึกการลงนามตามเกณฑ์ข้อที่ 3, 4, 5 และ 9 โดยส่วนนี้ผู้พัฒนาแบบฟอร์มต้องใช้เนื้อหาตามที่โรงพยาบาลกำหนด อนุญาตให้แก้ไขเนื้อหาที่ระบุตำแหน่งวิชาชีพ สอดคล้องตามวิชาชีพนั้น ๆ

ปรึกษาการจัดทำแบบฟอร์ม Informed consent โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ติดต่อหน่วยเวชสถิติและข้อมูลกลาง งานเวชระเบียน โทรศัพท์ 10571, 1054