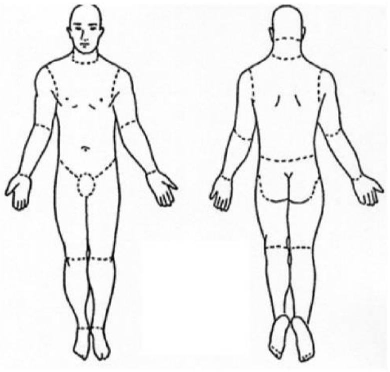
หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779)

(ติดสติกเกอร์ HN. ทุกหน้า)
ชื่อ – สกุลผู้ป่วย..อายุ.................ปี
HN...Ward/OPD..

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย...
เลข ว. แพทย์......................................วันที่...............................เวลา...............

โรคหรืออาการที่ต้องทำการรักษา..

แผนการรักษา



- ☐ ผ่าตัด..
  - วันที่ผ่าตัด.................................... ระบุตำแหน่ง...
  - ☐ ห้องผ่าตัดเล็ก โดยให้ยาชาเฉพาะที่
  - ☐ ห้องผ่าตัดใหญ่ โดยวิธีระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับดุลพินิจของวิสัญญีแพทย์
- ☐ วินิจฉัยเพิ่มเติมโดย...
- ☐ ยา..
- ☐ เลือด...
- ☐ อื่น ๆ..

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาตามวิธีข้างต้น...

ข้อดี..

ข้อเสีย..

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล โดยประมาณ (กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน) ☐< 7 วัน ☐1-2 สัปดาห์ ☐> 2 สัปดาห์ ☐ อื่น ๆ ระบุ..........................

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ☐การติดเชื้อ ☐การเสียเลือด ☐แพ้ยา/แพ้เลือด ☐เสียชีวิต ☐อื่น ๆ..

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

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรืออายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ..ผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม ☐ ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วยมาคนเดียว
(...) วันที่ (........./........./.........) เวลา.......................

ลงชื่อ..ผู้แทนผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม เกี่ยวข้องเป็น ☐ บิดา ☐ มารดา
(...) วันที่ (........./........./.........) เวลา....................... ☐ ผู้ปกครอง ☐ อื่น ๆ.......................ของผู้ป่วย

ลงชื่อ..พยานฝ่ายผู้ป่วย
(...) วันที่ (........./........./.........)
เกี่ยวข้องเป็น...ของผู้ป่วย

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

คำรับรองไม่ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาหรือทำการผ่าตัด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าไม่สมัครใจที่จะให้ ข้าพเจ้า หรือ ....
ผู้เป็น...ของข้าพเจ้า อยู่รับการรักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์นี้ต่อไป หากบังเกิดผลเสียหายหรืออันตรายอย่างใดเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่ถือว่าเป็นการรับผิดชอบของโรงพยาบาลนี้แต่ประการใด

ลงชื่อ..ผู้ป่วยรับทราบและให้คำรับรอง
(...) วันที่ (........./........./.........) เวลา.......................

ลงชื่อ..ผู้แทนผู้ป่วยรับทราบและให้คำรับรอง เกี่ยวข้องเป็น ☐ บิดา ☐ มารดา
(...) วันที่ (........./........./.........) เวลา....................... ☐ ผู้ปกครอง ☐ อื่น ๆ...........................ของผู้ป่วย