

หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779)

เรื่อง ใ้หยานอนหลับสำหรับผู้ป่วยเด็ก

(ติดสติ๊กเกอร์ HN. ทุกหน้า)

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

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

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย.....

เลข ว. แพทย์.....วันที่.....

โรคหรืออาการที่ต้องทำการรักษา.....

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาตามวิธีข้างต้น.....

ข้อดี.....

ข้อเสีย.....

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล โดยประมาณ (กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน) < 7 วัน 1-2 สัปดาห์ > 2 สัปดาห์ อื่น ๆ ระบุ.....ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การติดเชื้อ การเสียเลือด แพ้ยา/แพ้เลือด เสียชีวิต อื่น ๆ.....

ในกรณีที่เด็กได้รับยานอนหลับ ทุกรายต้องผ่านเกณฑ์ประเมินความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพก่อนกลับบ้าน

1. ควรให้เด็กตื่นดี โดยไม่ต้องกระตุ้น
2. อัตราการหายใจและการเต้นของหัวใจอยู่ในระดับเดียวกับก่อนให้ยานอนหลับ
3. ระดับออกซิเจนมากกว่าร้อยละ 95 หรือเท่ากับค่าออกซิเจนก่อนให้ยา
4. เด็กสามารถกลืนหรือไอได้ตามปกติ หรือไม่มีอาการของการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบน เช่น หายใจมีเสียงดังที่ลำคอ
5. ถ้าไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินก่อนกลับบ้าน ต้องนอน รพ. อย่างน้อย 12-24 ชั่วโมง

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจาก นายแพทย์/แพทย์หญิง.....จนเข้าใจถึง
ความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัย รักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามดังกล่าว) และผู้ที่ได้รับ
มอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่
จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรืออายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและ
ยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

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

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

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

คำรับรองไม่ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาหรือทำการผ่าตัด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าไม่สมควรใจที่จะให้ ข้าพเจ้า หรือ
ผู้เป็น.....ของข้าพเจ้า อยู่รับการรักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ต่อไป หากบังเกิดผล
เสียหายหรืออันตรายอย่างใดเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่ถือว่าเป็นการรับผิดชอบของโรงพยาบาลนี้แต่ประการใด

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

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