



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ โทร.10571, 1050

ที่ มอ 104.2639150/ ๕5-00903 วันที่ 29 ส.ค. 2565

เรื่อง การใช้แบบฟอร์ม Informed consent กลาง ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ฉบับปรับปรุงปี 2565

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฯ ผ่าน ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล (ผศ.นพ.สมฤทธิ์ มหัทธโนบล)

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779) รหัสแบบฟอร์ม ICF 39150_001_640305 Update 65-09-01

อ้างถึง ที่ประชุมคณะกรรมการเวชระเบียน ครั้งที่ 1/2565 เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2565 พิจารณาวาระปรับปรุง Informed consent กลาง ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในประเด็นการพิจารณาปรับจำนวนหน้าของ Informed consent กลางฯ ดังมติข้อ (2) มอบหมายให้งานเวชระเบียน ปรับปรุง Informed consent กลางฯ หน้าที 1 - 2 สำหรับหน้าที่ 2 ให้ยกเลิกใช้ฟอร์มบันทึก “การให้ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือการรักษาจากที่แจ้งไว้แล้วฯ” สำหรับฟอร์มบันทึก “คำรับรองไม่ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาหรือทำการผ่าตัด” ยังคงมีไว้ใน Informed consent กลางฯ เช่นเดิม และให้นำวาระเข้าพิจารณาในที่ประชุมรอบถัดไปนั้น บัดนี้ ที่ประชุมคณะกรรมการเวชระเบียน ครั้งที่ 2/2565 เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2565 พิจารณาแล้วมีมติให้ใช้แบบฟอร์ม Informed consent กลาง ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แบบ 1 หน้า

ในการนี้ งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จึงขอแจ้งสาขาวิชา/ฝ่าย/ศูนย์ความเป็นเลิศ/หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ที่ใช้แบบฟอร์ม Informed consent กลาง ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ดังนี้

1. ให้ใช้แบบฟอร์ม Informed consent กลาง ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ฉบับปรับปรุงปี 2565 รหัสแบบฟอร์ม ICF 39150_001_640305 Update 65-09-01 ตั้งแต่ 1 กันยายน 2565 เป็นต้นไป
2. ยกเลิกใช้แบบฟอร์ม Informed consent กลาง ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ฉบับเก่าก่อนปี 2565 ตั้งแต่ 1 กันยายน 2565 เป็นต้นไป
3. หน่วยบริการสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์ม Informed consent กลาง ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้ที่ระบบคลังแบบฟอร์ม Informed consent โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผ่านเว็บไซต์งานเวชระเบียน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบเห็นควรแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไปด้วย



(นางสาวชฎานันท์ นาคสมพงษ์)

หัวหน้างานเวชระเบียน

คู่มือการใช้งานระบบคลังแบบฟอร์ม Informed
Consent โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สำนักงานเวชระเบียน

ผู้ประสานงาน : นางสาวกัญติฉา แก้วมหากาฬ

โทร. 10571 อีเมล: kkantich@medicine.psu.ac.th

เว็บไซต์งานเวชระเบียน : <http://medinfo2.psu.ac.th/medrec>

หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779)

(ติดสติ๊กเกอร์ HN. ทุกหน้า)

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

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

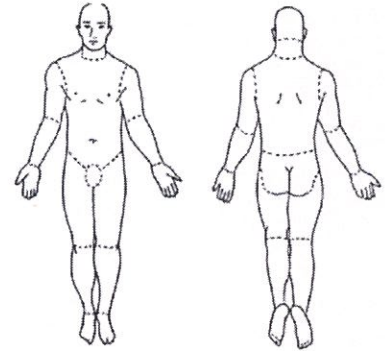
ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย.....

เลข ว. แพทย์.....วันที่.....เวลา.....

โรคหรืออาการที่ต้องการรักษา.....

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.....จนเข้าใจถึง

ความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัย รักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามดังกล่าว) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรืออายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

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

 ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วยมาคนเดียว

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

 บิดา มารดา ผู้ปกครอง อื่น ๆ.....ของผู้ป่วย

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

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

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง.....

คำรับรองไม่ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาหรือทำการผ่าตัด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าไม่สมัครใจที่จะให้ ข้าพเจ้า หรือ

ผู้เป็น.....ของข้าพเจ้า อยู่รับการรักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ต่อไป หากบังเกิดผลเสียหายหรืออันตรายอย่างใดเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่ถือว่าเป็นการรับผิดชอบของโรงพยาบาลนี้แต่ประการใด

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

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

 บิดา มารดา ผู้ปกครอง อื่น ๆ.....ของผู้ป่วย