



# “กระบวนการ *Informed consent* รับการตรวจรักษา หรือทำหัตถการ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์”



ชญานันท์ นาคสมพงษ์  
หัวหน้างานเวชระเบียน

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์



วันพฤหัสบดี 28 มีนาคม 2567



ห้องประชุมเกษม ลีวงศ์ คณะแพทยศาสตร์

# ความสำคัญของเวชระเบียน

## ผู้ป่วย

- เป็นเอกสารหลักฐานสำคัญที่รวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การตรวจพิเศษ การรักษา การให้คำแนะนำ และข้อมูลอื่นที่จำเป็น

## สถานพยาบาล

- ใช้ประโยชน์ในการติดตามการรักษา การสื่อสารภายในทีม การเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เป็นหลักฐานปกป้องสิทธิผู้ป่วย ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนด้านสาธารณสุข การเรียนการสอน และการค้นคว้าวิจัย

## ศาล

- เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมาย ในกรณีที่มีการฟ้องร้องหรือเกิดคดีความขึ้น



หลักการพื้นฐานทางกฎหมาย  
เมื่อเกิดคดีความ ทางการแพทย์...  
“การไม่บันทึกในเวชระเบียน  
คือ การไม่ได้กระทำ”

รศ.นพ. เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ

กรรมการแพทยสภา, ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา  
ที่มา : คู่มือสำหรับแพทย์จบใหม่ 2563 หน้า 13



# เอกสารให้ความยินยอมในการรักษา สำคัญจริงๆ หรือ?

เอกสารให้ความยินยอมในการรักษา สำคัญจริงๆ หรือ?

Happy Health by BDMS EP37 เอกสารให้ความยินยอมในการรักษา สำคัญจริงๆ หรือ?

Watch on YouTube

Happy Health  
Share  
by DMS

# ความสำคัญของกระบวนการ Informed consent

พระราชบัญญัติ  
สุขภาพแห่งชาติ  
พ.ศ.2550  
มาตรา 8

พระราชบัญญัติ  
สุขภาพจิต  
พ.ศ.2551  
มาตรา 21

คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทย์สภา สาธารณพยาบาล สภานิติกรรมการ ทันตแพทย์สภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย 15 ประการ ดังนี้

**สิทธิของผู้ป่วย**

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ปฏิบัติตามบัญญัติไว้โดย
2. ผู้ป่วยที่ขอรับการตรวจ การรักษาจากผู้เชี่ยวชาญได้ง่าย เพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพได้
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดำเนินการ
4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับ
5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอ
6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับ
7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับ
8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับ
9. บิดา มารดา หรือผู้แทน

**ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย**

1. สอบถามเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนลงนามให้ความยินยอม หรือไม่ยินยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาพยาบาล
2. ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพที่เป็นจริงและครบถ้วนแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในกระบวนการรักษาพยาบาล
3. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ให้แจ้งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทราบ
4. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาล

**สิทธิของผู้ป่วย**

2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษายาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน **เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วน และเป็นอันตรายต่อชีวิต**

คู่มือประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน  
เรื่อง Informed consent หน้า 25-26, 39-40

คู่มือการตรวจประเมิน  
คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน  
(Medical Record Audit Guideline)  
2563

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
สภาการพยาบาล  
กรมบัญชีกลาง  
สำนักงานประกันสังคม  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## ✓ กระบวนการ Informed consent (ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว)

### คำนิยาม

หมายถึง กระบวนการที่แพทย์ และทีมรักษาพยาบาล สื่อสาร กับผู้ป่วยและญาติ รับทราบ ข้อมูลการรักษา(Informed) อย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถตัดสินใจ ยินยอม(consent) หรือ ไม่ยินยอมรับการรักษาพยาบาลได้

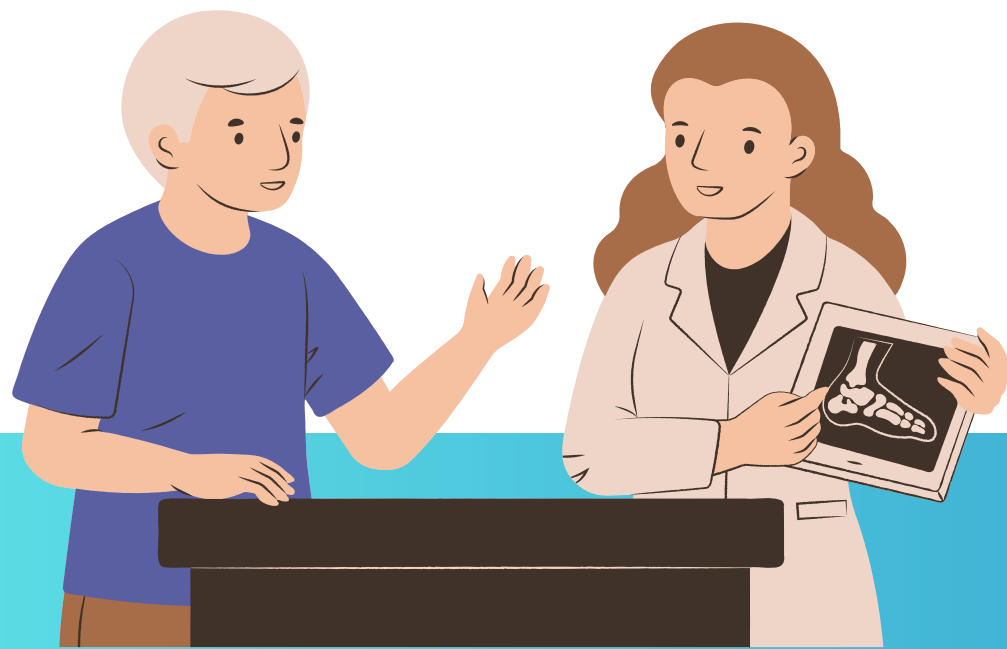
## ✓ ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการ Informed consent

1. แพทย์เจ้าของไข้ : เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการให้คำอธิบาย
2. แพทย์ในทีมรักษา : อธิบายในส่วนที่เกี่ยวข้อง
3. บุคลากรทางการแพทย์อื่น : อธิบายในส่วนที่เกี่ยวข้อง  
เช่น พยาบาล เภสัชกร นักรังสีเทคนิค นักกายภาพบำบัด
4. ผู้ป่วย และญาติ : รับทราบ และยินยอม



## ✓ ข้อมูลพื้นฐานที่ผู้ป่วยควรได้รับคำอธิบาย (Informed)

1. ปัญหา โรคหรือสมมุติฐานสาเหตุของอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่
2. การดำเนินของโรคตามข้อ 1 หากไม่รักษา
3. การตรวจวินิจฉัยและรักษา ประกอบด้วยอะไรบ้าง มีแผนการรักษา ระยะเวลาที่ใช้และค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยประมาณ
4. มีผลดี และผลเสียอย่างไรตามแผนการรักษา และมีเหตุอันไม่พึงประสงค์หรือโรคแทรกซ้อนอะไรบ้างที่อาจเกิดขึ้นได้
5. เป้าหมายของการรักษาคืออะไร เช่น รักษาให้หายขาด ควบคุมไม่ให้เลวลงหรือเพื่อลดความทุกข์ทรมาน
6. มีทางเลือกวิธีการรักษาอื่นๆ หรือไม่
7. ผู้ทำการรักษาคือแพทย์ท่านใด ประกอบด้วยใครบ้างในทีมรักษาพยาบาล
8. อื่น ๆ ตามที่ผู้ป่วย / ญาติซักถาม



## ✔ เมื่อใดจะต้องมีการอธิบาย (Informed) และยินยอม (Consent) เป็นเอกสาร?

1. เมื่อจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. เมื่อจำเป็นต้องทำหัตถการสำคัญ ที่มีความเสี่ยงจะเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีความซับซ้อน ในกระบวนการรักษา เช่น ผ่าตัดใหญ่ ทำคลอด สวนหัวใจ เจาะชิ้นเนื้อ หัตถการทางรังสี ฟอกเลือด รับเลือด รับยาเคมี เป็นต้น

## ✔ กรณีต่อไปนี้ แพทย์ไม่จำเป็นต้องขอความยินยอมก่อนรักษา

1. กรณีฉุกเฉิน แพทย์จำเป็นต้องให้การรักษาเร่งด่วน เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย
2. กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ และไม่สามารถติดต่อญาติได้ในขณะนั้น

หมายเหตุ : แพทย์/พยาบาล ควรบันทึกรายละเอียดเหตุผลไว้ในเวชระเบียนด้วย  
หากภายหลังสามารถอธิบายข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติได้ ก็ควรทำ Informed Consent เป็นเอกสารให้สมบูรณ์ และให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



# ทำไมต้องมี Informed consent เป็นเอกสาร?

1. เป็นเอกสารหลักฐาน  
ที่ต้องมีในเวชระเบียน  
ตามมาตรฐานการบันทึก  
เวชระเบียน

▶ **ผู้ป่วยใน** ต้องมีเอกสารทุกราย

▶ **ผู้ป่วยนอก** ต้องมีเอกสารในรายที่ทำให้ผลการสำคัญ

2. เป็นเอกสารหลักฐาน  
ปกป้องสิทธิผู้ป่วย  
ป้องกันการโต้แย้ง  
ในภายหลัง

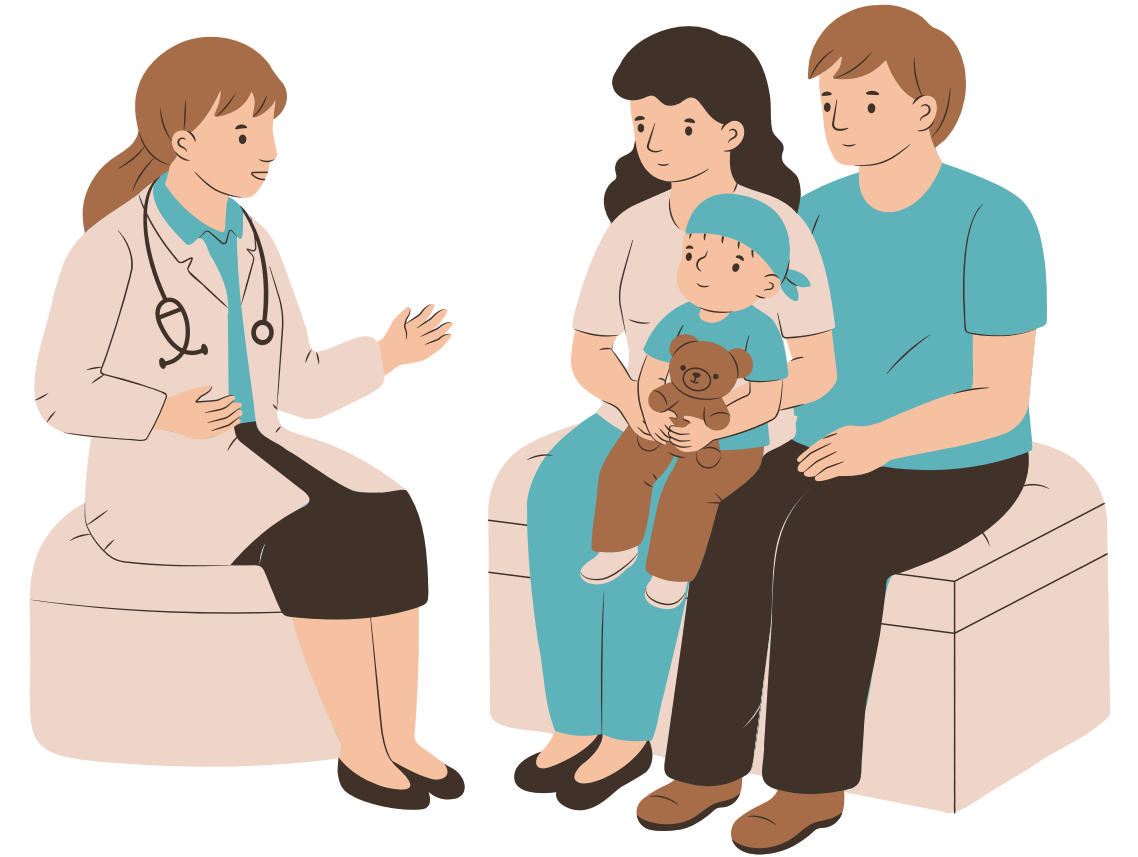
▶ **แพทย์/ทีมรักษาพยาบาล** : ให้ข้อมูลรายละเอียดการรักษา หรือการทำหัตถการ แก่ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วยทราบ อย่างเพียงพอ จึงลงนามผู้ให้คำอธิบาย ไว้เป็นหลักฐาน

▶ **ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วย** : รับทราบและเข้าใจ จึงตัดสินใจลงนามยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ ด้วยความสมัครใจ ไว้เป็นหลักฐาน

▶ **พยานฝ่าย รพ. และพยานฝ่ายผู้ป่วย** ต่างลงนามเป็นพยาน ไว้เป็นหลักฐาน

# ✓ ใครเซ็นยินยอม (Consent) ได้บ้าง?

1. ผู้ป่วย อายุ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
2. **ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี บริบูรณ์**
  - 2.1 บิดา หรือ มารดา
  - 2.2 ผู้ปกครอง ที่ศาลแต่งตั้ง ในกรณีผู้ป่วยไม่มีบิดามารดา หรือ บิดามารดาถูกถอนอำนาจปกครอง
3. **ผู้แทนผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ**
  - 3.1 คู่สมรส (สมรสตามกฎหมาย)
  - 3.2 บุตร หรือบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย อายุ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
4. **ผู้แทนผู้ป่วย ที่ศาลแต่งตั้ง**
  - 4.1 ผู้อนุบาล ในกรณีผู้ป่วยไร้ความสามารถ
  - 4.2 ผู้พิทักษ์ ในกรณีผู้ป่วยเสมือนไร้ความสามารถ



# ระบบ Informed consent โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

1. แพทย์ในทีมรักษา/บุคลากรทางการแพทย์อื่น สามารถให้ข้อมูลหรืออธิบายแก่ผู้ป่วยได้ แต่ผู้รับผิดชอบสูงสุดคือ อาจารย์แพทย์เจ้าของไข้
2. กระบวนการให้ข้อมูลเพื่อ Informed consent เริ่มได้ตั้งแต่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หรือห้องฉุกเฉิน
3. โรงพยาบาลมีนโยบายให้มีการลงนามให้คำยินยอมในแบบฟอร์มมาตรฐานที่โรงพยาบาลกำหนด
4. กระบวนการ Informed consent ให้กระทำต่อหน้าพยาบาล หรือผู้ช่วยพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ ประจำห้องตรวจ หรือหอผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นพยานฝ่ายโรงพยาบาล และประกันว่าการลงนามนั้นเป็นความสมัครใจของผู้ป่วยและญาติ
5. กรณีไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วย ให้ระบุว่าผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วยมาคนเดียว
6. กำหนดให้หนังสือฉบับที่ลงนามสมบูรณ์แล้ว มีอายุ 1 เดือนนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วยลงนาม



## ระบบ Informed consent โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (ต่อ)

- ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วยสามารถเพิกถอนความยินยอมได้ตลอดเวลา แพทย์ต้องบันทึกการเพิกถอนความยินยอม หรือการปฏิเสธการรักษาไว้ในเวชระเบียน ซึ่งอาจให้ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วยลงนามปฏิเสธการรักษาไว้ในหนังสือ Informed consent ฉบับนั้นด้วยก็ได้
- กรณีเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา หรือเปลี่ยนแพทย์เจ้าของไข้ หรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับผลดีและผลเสีย ของวิธีการรักษาที่ได้อธิบายไว้เดิม ควรให้มีการลงนามยินยอมฉบับใหม่
- พยานฝ่ายโรงพยาบาล/พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเอกสาร Informed consent ก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด หรือทำหัตถการสำคัญ
- ก่อนผู้ป่วยจำหน่าย ให้พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเอกสาร Informed consent อีกครั้ง
- เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้นำส่ง Informed consent ฉบับสมบูรณ์ ไปยังงานเวชระเบียน เพื่อสแกนเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน



# การใช้แบบฟอร์ม Informed consent ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

## ความเป็นมาของการพัฒนาแบบฟอร์มแยกหัตถการ

1. มติคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลฯ ครั้งที่ 2/2553 เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2553  
เห็นชอบให้พัฒนาแบบฟอร์ม Informed consent แยกหัตถการ
2. มติคณะกรรมการเวชระเบียน ครั้งที่ 1/2553 เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2553
  - เห็นชอบให้ปรับ template แบบฟอร์มกลาง และแบบฟอร์มแยกหัตถการ เป็นมาตรฐานเดียวกัน และให้มีข้อมูลครบถ้วนตามเกณฑ์ MRA
  - ขอความร่วมมือสาขาวิชาจัดทำแบบฟอร์ม Informed consent หัตถการที่สำคัญ
  - มอบหมายให้งานเวชระเบียน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึก Informed Consent ตามเกณฑ์ MRA

## ปัจจุบัน ปี 2567

มีแบบฟอร์ม Informed consent ที่รับรองให้ใช้งานโรงพยาบาล จำนวน 165 ฉบับ

**1. แบบฟอร์มกลางของโรงพยาบาล : 2 ฉบับ**

**2. แบบฟอร์มหัตถการ ที่สาขาวิชา/หน่วยบริการพัฒนาขึ้นใช้งาน : 163 ฉบับ**

# การใช้แบบฟอร์ม Informed consent ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

## ระบบบริการงานเวชระเบียน

### ระบบคลังแบบฟอร์ม Informed Consent



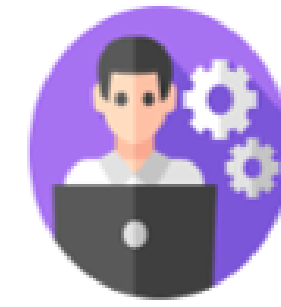
● กำลังเปิดให้ใช้บริการ  
เริ่มใช้งาน 1 เมษายน 2565



ส่งแบบฟอร์ม เพื่อตรวจสอบ

#### ผู้พัฒนาแบบฟอร์ม (Admin)

- สาขาวิชา
- ศูนย์ความเป็นเลิศ
- หน่วยงานบริการผู้ป่วย



ดาวน์โหลดฟอร์ม

#### ผู้ใช้แบบฟอร์ม (User)

- ห้องตรวจผู้ป่วยนอก
- ห้องฉุกเฉิน
- ห้องทำหัตถการ
- ศูนย์ความเป็นเลิศ
- ห้องคลอด
- หอผู้ป่วยใน
- หน่วยงานบริการผู้ป่วย

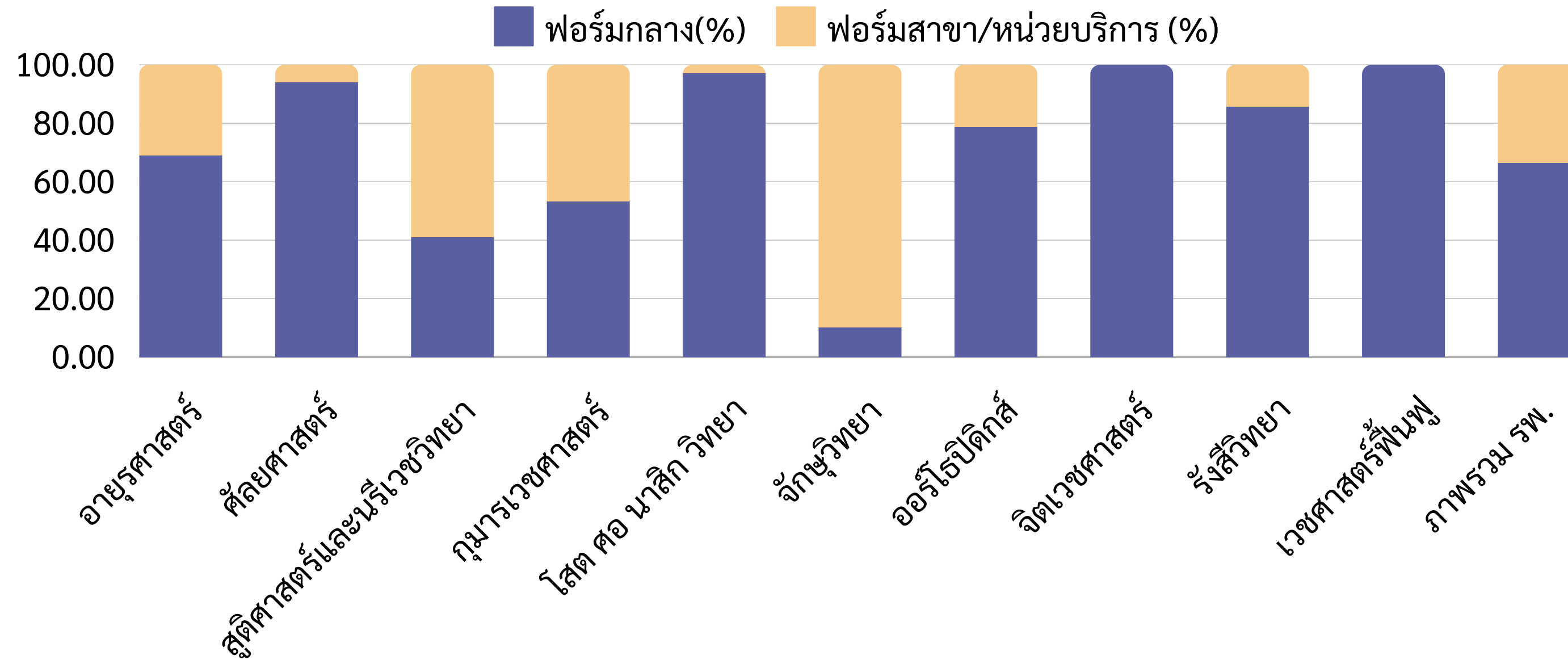
URL : <https://statismrd.medicine.psu.ac.th/Admin/login.php> (ใช้งานบนระบบ Intranet ภายในคณะแพทยศาสตร์ )

Login ใช้งานด้วย E-mail คณะแพทยศาสตร์





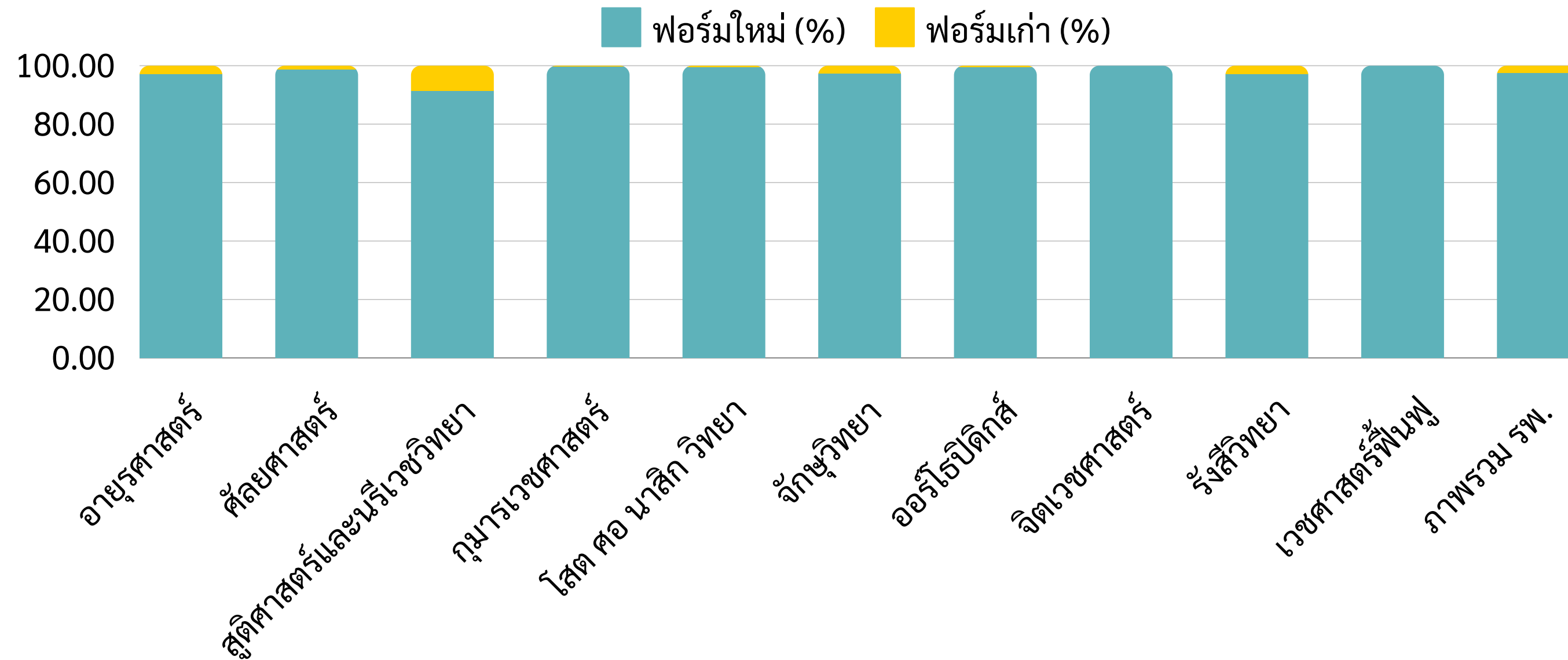
# สถานการณ์ การใช้แบบฟอร์ม Informed consent ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำแนกตามสาขาวิชาที่จำหน่ายผู้ป่วย



**ภาพรวมโรงพยาบาลใช้แบบฟอร์มกลาง : 66.46% และฟอร์มสาขา : 33.54%**

ที่มา : ข้อมูลประเมินคุณภาพการบันทึก Informed Consent ผู้ป่วยใน ไตรมาสที่ 1/67 (ตุลาคม-ธันวาคม 2566) จำนวน 4,973 แพ้ม  
หมายเหตุ : แบบฟอร์มใหม่ หมายถึง แบบฟอร์มที่ผ่านการรับรองให้ใช้งานใน รพ. และเป็นฉบับ Update ล่าสุด

# สถานการณ์ การใช้แบบฟอร์ม Informed consent ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำแนกตามสาขาวิชาที่จำหน่ายผู้ป่วย

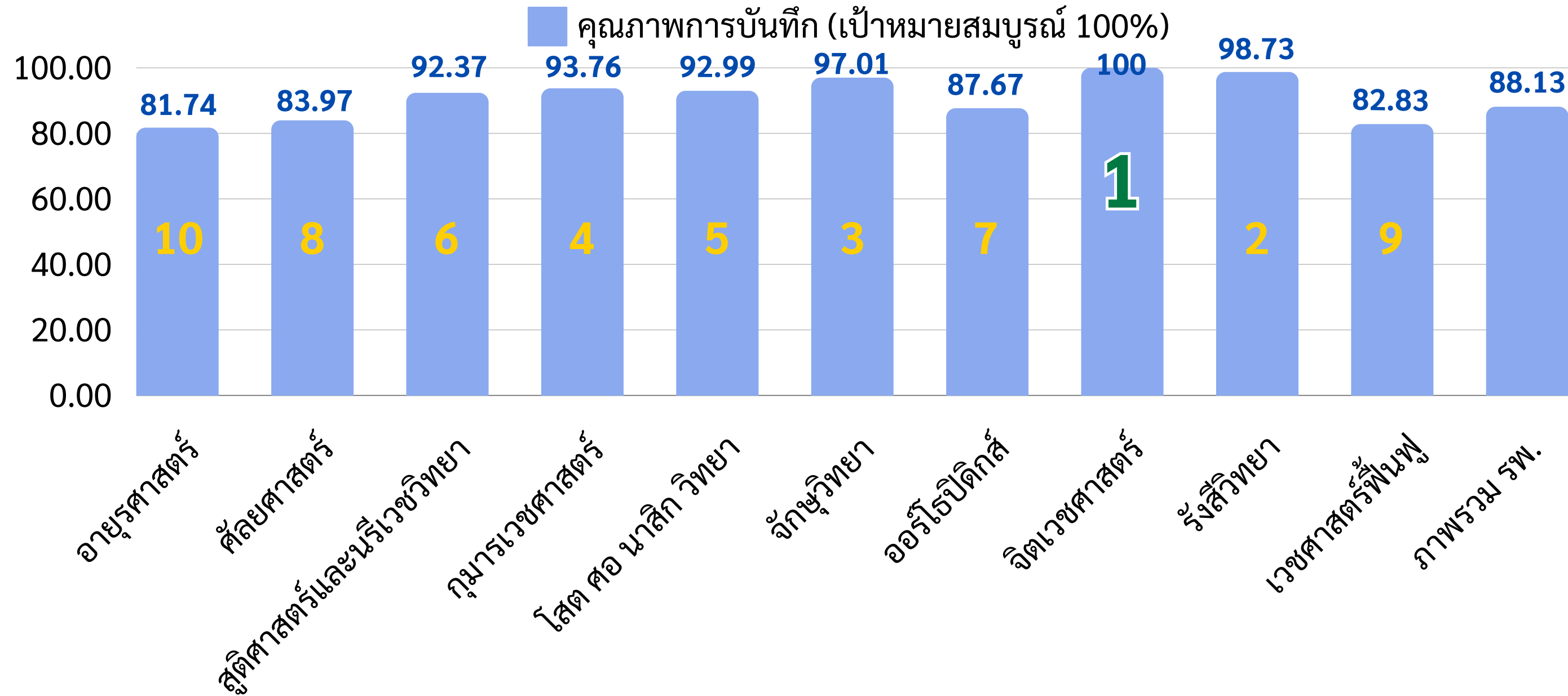


ภาพรวมโรงพยาบาลใช้แบบฟอร์มใหม่ : 97.57% และ ฟอร์มเก่า : 2.43%

สาขาวิชาที่ใช้แบบฟอร์มใหม่ 100% คือ จิตเวชศาสตร์ และ เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ที่มา : ข้อมูลประเมินคุณภาพการบันทึก Informed Consent ผู้ป่วยใน ไตรมาสที่ 1/67 (ตุลาคม-ธันวาคม 2566) จำนวน 4,973 แพ้ม  
หมายเหตุ : แบบฟอร์มใหม่ หมายถึง แบบฟอร์มที่ผ่านการรับรองให้ใช้งานใน รพ. และเป็นฉบับ Update ล่าสุด

# สถานการณ์ คุณภาพการบันทึก Informed consent โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำแนกตามสาขาวิชาที่จำหน่ายผู้ป่วย



คุณภาพการบันทึก Informed consent ภาพรวมโรงพยาบาล : 88.13%

ที่มา : ข้อมูลประเมินคุณภาพการบันทึก Informed Consent ผู้ป่วยใน ไตรมาสที่ 1/67 (ตุลาคม-ธันวาคม 2566) จำนวน 4,973 แพ้ม  
หมายเหตุ : จำแนกสาขาวิชาตามชื่อแพทย์ staff ที่ sign approve แพ้มผู้ป่วยใน (ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง 50% ของแต่ละสาขา)

# สถานการณ์ คุณภาพการบันทึก Informed consent โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำแนกตามเกณฑ์ประเมิน 9 ข้อ

■ คุณภาพการบันทึก (เป้าหมายสมบูรณ์ 100%)

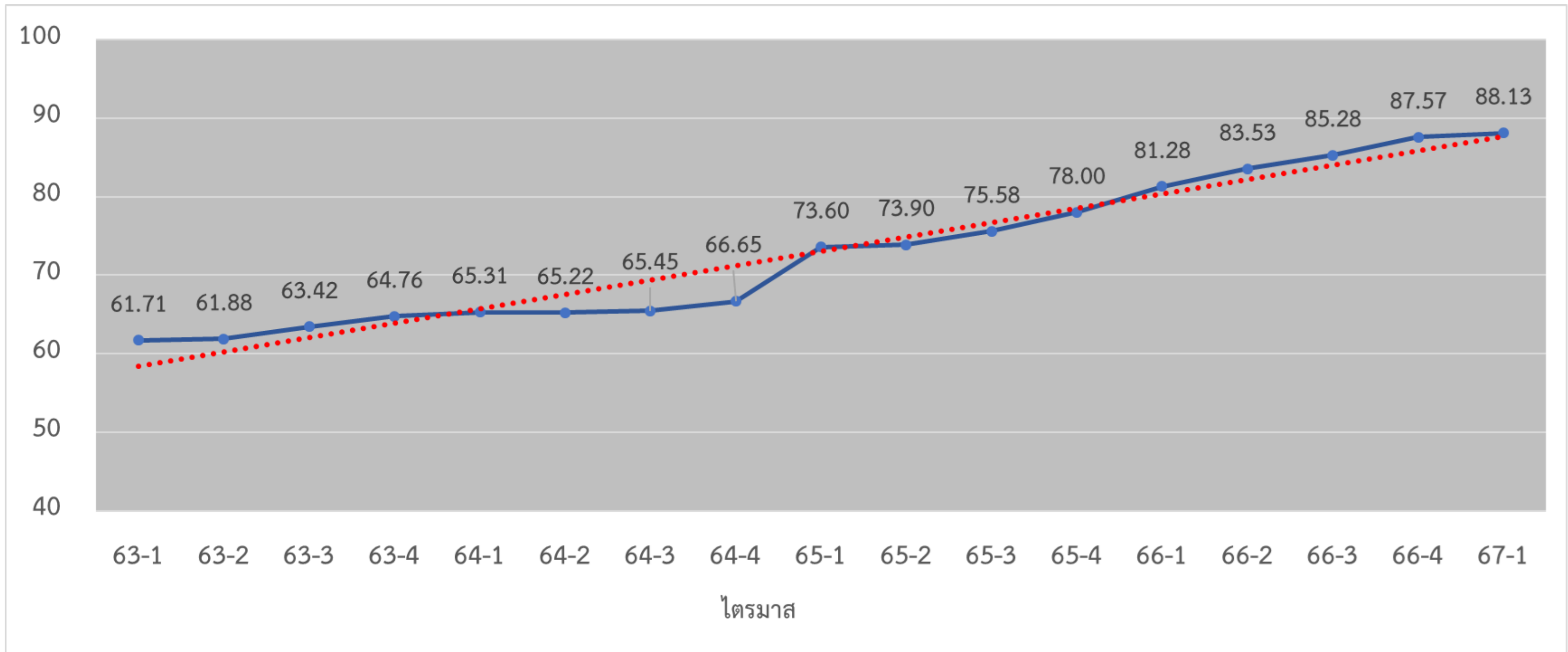


ที่มา : ข้อมูลประเมินคุณภาพการบันทึก Informed Consent ผู้ป่วยใน ไตรมาสที่ 1/67 (ตุลาคม-ธันวาคม 2566) จำนวน 4,973 แฟ้ม

# สถานการณ์ คุณภาพการบันทึก Informed consent โรงพยาบาลสงขลานครินทร์



เป้าหมายสมบูรณ์ 100%





## เทคนิคการใช้แบบฟอร์ม Informed consent

1. ใช้แบบฟอร์ม Informed consent ที่ผ่านการรับรอง ซึ่งจะมีข้อมูลครบตามเกณฑ์คุณภาพทั้ง 9 ข้อ
2. บันทึก Informed consent ให้ครบทุกช่อง ข้อมูลถูกต้อง ชัดเจน และอ่านออก
3. ระบุชื่อ-สกุล ผู้ลงนามที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ด้วยตัวบรรจง และอ่านออก เพื่อให้ทราบได้ว่าเป็นผู้ใด
4. ตรงตำแหน่งลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย/พยานฝ่ายโรงพยาบาล สามารถใช้ตรายางชื่อ-สกุลประทับได้ โดยต้องมีลายเซ็นกำกับชื่อ-สกุลนั้นด้วยเสมอ
5. แพทย์สามารถลงนามก่อนวันที่ผู้ป่วยลงนามได้ ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยอาจขอเวลาในการตัดสินใจก่อนลงนามยินยอม
6. **หัตถการที่ทำต่อเนื้อเยื่อหลายครั้ง เช่น ให้ยาเคมีบำบัด ฉายแสง ฟอกเลือด ให้ลงนามเพียงครั้งแรกครั้งเดียวและให้มีผลความยินยอมต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษาของหัตถการนั้น**
7. ต้องมีพยานฝ่ายผู้ป่วย กรณีไม่มีพยานให้ระบุว่าผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วยมาคนเดียวด้วยเสมอ
8. **ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ถ้ามาคนเดียว กรณีฉุกเฉินสามารถลงนามยินยอมด้วยตัวเองได้ และให้ผู้ปกครองเซ็นรับทราบในภายหลัง พร้อมระบุวันเวลาที่รับทราบนั้นด้วย**
9. สามารถสำเนา Informed consent มอบให้ผู้ป่วยเก็บไว้ได้ แต่ฉบับจริงต้องเก็บไว้ที่โรงพยาบาล
10. กรณีหัตถการมีความซับซ้อน มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ควรทำเป็นเอกสารแนบท้าย หรือทำคู่มือมอบให้ผู้ป่วยได้มีเวลาอ่านทำความเข้าใจอย่างละเอียดก่อนตัดสินใจลงนามยินยอมรับการรักษา และมอบให้ผู้ป่วยเก็บไว้ได้

1

หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779)

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย HN [redacted] น. [redacted] AN [redacted] Ward [redacted] จี [redacted]

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย [redacted]

รหัสนิติแพทย์ [redacted] วันที่ 29/9/66 เวลา 12.41

โรคหรืออาการที่ต้องทำการรักษา มะเร็งท่อน้ำเหลือง

แผนการรักษา

ผ่าตัด

วันที่ผ่าตัด..... ระบุตำแหน่ง.....

ห้องผ่าตัดเล็ก โดยให้ยาชาเฉพาะที่

ห้องผ่าตัดใหญ่ โดยวิธีระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับดุลพินิจของวิสัญญีแพทย์

วิสัญญีเพิ่มเติมโดย.....

ยา.....

เลือด.....

อื่น ๆ กลืนโปรตีนไอโอดีน ขนาดสูง

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาตามวิธีข้างต้น กลืนโปรตีนไอโอดีน ขนาดสูง

ข้อดี รักษาโรค

ข้อเสีย ต้องงดน้ำงดอาหาร

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล โดยประมาณ (กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน)  OPD Case

< 7 วัน  1-2 สัปดาห์  > 2 สัปดาห์  อื่น ๆ ระบุ.....

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น  การติดเชื้อ  การเสียเลือด  แพทย์/แพ้เลือด  เสียชีวิต  อื่น ๆ ต้องงดน้ำงดอาหาร

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจาก นายแพทย์/แพทย์หญิง [redacted] จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัย รักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามดังกล่าว) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ..... ผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม  "ผู้ป่วยมาคนเดียว"

(.....) วันที่ (29/9/66) เวลา 12.50

ลงชื่อ..... ผู้แทนผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม เกี่ยวข้องเป็น  บิดา  มารดา  ผู้ปกครอง  อื่น ๆ..... ของผู้ป่วย

(.....) วันที่ (...../...../.....) เวลา.....

ลงชื่อ..... พยานฝ่ายผู้ป่วย

(.....) วันที่ (...../...../.....)

เกี่ยวข้องกับ..... ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง ผู้ดูแลผู้ป่วย

หนังสือฉบับนี้มีอายุ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ลงนาม

[แบบฟอร์มกลางของโรงพยาบาล ปรับปรุงตามมติกรรมการเวชระเบียน (5 มีนาคม 2564)] หน้า 1 / 3

# Workshop

2

หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779) Update 65-01

HN [redacted] น. [redacted] AN [redacted] Ward [redacted] จี [redacted]

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย [redacted]

รหัสนิติแพทย์ [redacted] วันที่ 18/10/66 เวลา 12.10

โรคหรืออาการที่ต้องทำการรักษา ฝีฝีคัฒเน และ ท่อน้ำนม 2 ข้าง

แผนการรักษา

ผ่าตัด

วันที่ผ่าตัด..... ระบุตำแหน่ง.....

ห้องผ่าตัดเล็ก โดยให้ยาชาเฉพาะที่

ห้องผ่าตัดใหญ่ โดยวิธีระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับดุลพินิจของวิสัญญีแพทย์

วิสัญญีเพิ่มเติมโดย.....

ยา.....

เลือด.....

อื่น ๆ ใส่ยาปฏิชีวนะ

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาตามวิธีข้างต้น

ข้อดี ได้รักษาฝีฝีคัฒเน

ข้อเสีย ต้องเจ็บ

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

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น  การติดเชื้อ  การเสียเลือด  แพทย์/แพ้เลือด  เสียชีวิต  อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจาก นายแพทย์/แพทย์หญิง [redacted] จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัย รักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามดังกล่าว) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรืออายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ..... ผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม  ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วยมาคนเดียว

(.....) วันที่ (...../...../.....) เวลา.....

ลงชื่อ..... ผู้แทนผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม เกี่ยวข้องเป็น  บิดา  มารดา  ผู้ปกครอง  อื่น ๆ..... ของผู้ป่วย

(.....) วันที่ (...../...../.....) เวลา.....

ลงชื่อ..... พยานฝ่ายผู้ป่วย

(.....) วันที่ (...../...../.....)

เกี่ยวข้องกับ..... ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง.....

หนังสือฉบับนี้มีอายุ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ลงนาม [แบบฟอร์มกลางของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปรับปรุงตามมติกรรมการเวชระเบียนครั้งที่ 2/65 (8 สิงหาคม 65)] หน้า 1 / 1

หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (13779)  
เรื่อง การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว General Anesthesia (GA)/Monitored Anesthesia Care (MAC)

(ดี) HN ๒๒๒ ๒๒ ๒๒ ๒๒  
ชื่อ .....ปี  
HN.....

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย.....  
เลข ว. แพทย์..... วันที่ 15/12/๖6 เวลา.....

Anesthetic No.  
...../...../.....

- ขั้นตอนการดูแล
- ภาวะแทรกซ้อนที่คาดไม่ถึง เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ (ปากแตก เจ็บคอ เสียงแหบ) คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ มีนเวียนศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว เป็นต้น
- ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้แต่ไม่บ่อย เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ (ฟันหัก กระจก อีทีทีน้อยเคลื่อน ใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้) แพ้ยา (anaphylaxis) สูดสำลักอาหารเข้าปอด รู้สึกตัวระหว่างผ่าตัด โอกาสหัวใจหยุดเต้นหรือเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายวัดความดันหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง (เช่น ลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ก้อนเลือดตรงตำแหน่งที่แทง เป็นต้น)

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว (ระบุ)/กรณีให้เลือด.....

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจาก นายแพทย์/แพทย์หญิง.....  
จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัย รักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามดังกล่าวข้างต้น) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม  "ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วย มาคนเดียว"

วันที่ (...../...../.....) เวลา.....

ลงชื่อ.....ผู้แทนผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม เกี่ยวข้องเป็น  บิดา  มารดา

วันที่ (...../...../.....) เวลา.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย      ลงชื่อ.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

วันที่ (...../...../.....)      วันที่ (15/12/66)

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย      ตำแหน่ง.....

เพิ่มเติม พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สามารถเซ็นชื่อเป็นพยานได้คือ ตำแหน่งพยาบาล หรือผู้ช่วยการพยาบาล

"หนังสือฉบับนี้มีอายุ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ลงนาม"

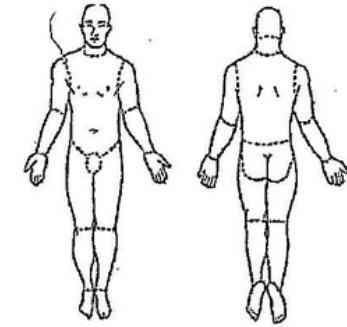
หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779) Update 65-09-0:

(คดี) HN.....ปี  
ชื่อ.....ปี  
HN.....

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย.....  
เลข ว. แพทย์..... วันที่ 15/12/๖6 เวลา.....

โรคหรืออาการที่ต้องทำการรักษา.....

- แผนการรักษา
- ผ่าตัด.....
  - ห่องผ่าตัดเล็ก โดยให้ยาชาเฉพาะที่
  - ห่องผ่าตัดใหญ่ โดยวิธีระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับดุลพินิจของวิสัญญีแพทย์
  - วิสัญญีเพิ่มเติมโดย.....
  - ยา.....
  - เลือด.....
  - อื่น ๆ.....



ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาตามวิธีข้างต้น.....

ข้อดี.....

ข้อเสีย.....

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

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น  การติดเชื้อ  การเสียเลือด  แผลผ่าตัด  เสียชีวิต  อื่น ๆ.....

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

กรณีผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรืออายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม  ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วยมาคนเดียว

(.....) วันที่ (...../...../.....) เวลา.....

ลงชื่อ.....ผู้แทนผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม เกี่ยวข้องเป็น  บิดา  มารดา

(.....) วันที่ (15/12/66) เวลา 13:30  ผู้ปกครอง  อื่น ๆ.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย      ลงชื่อ.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

(.....) วันที่ (...../...../.....)      (.....) วันที่ (15/12/66)

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย      ตำแหน่ง.....

เพิ่มเติม พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สามารถเซ็นชื่อเป็นพยานได้คือ ตำแหน่งพยาบาล หรือผู้ช่วยการพยาบาล

"หนังสือฉบับนี้มีอายุ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ลงนาม"

เริ่มใช้แบบฟอร์มเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2565

5

# Workshop

6

ICF 36100\_024\_660428

**หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779)**  
เรื่อง การดูแลทารกแรกเกิดวิกฤติ สาขากุมารเวชศาสตร์

(ติดสติ๊กเกอร์) ชื่อ - สกุลผู้ป.ปี  
HN..... WardNICU 1 วัน

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย.....  
เลข ว. แพทย์..... วันที่ 30/9/66 เวลา 11.23

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... บิดา/มารดา/ผู้ปกครองของ (ดช./หญ.).....  
ได้อนุญาตให้ นพ.(ทพ.)..... ให้การรักษา และรับทราบเกี่ยวกับโรค ดังรายละเอียดต่อไปนี้

โรคหรืออาการที่ต้องทำการรักษา..... กุณโศลกัลยา ภาวะ NICU

แผนการรักษา:

- ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของทารกแรกเกิด ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ, ประเมินความผิดปกติของร่างกาย, ดูแลอุณหภูมิ, ประเมินการดูดกลืน
- ได้รับวัคซีนตั้งแต่อายุ 1 วัน, วัคซีน และวิตามินเค และได้รับการตรวจคัดกรองโรคในทารกแรกเกิด ได้แก่ ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์และ PKU, โรคพันธุกรรมเมตาบอลิก, ตรวจภาวะเหลือง, ตรวจการได้ยิน และตรวจคัดกรองภาวะเขียวจากโรคหัวใจผิดปกติแต่กำเนิด
- ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต และยาปฏิชีวนะตามความจำเป็น
- ช่วยหายใจ โดยอาจพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ หรือให้ออกซิเจนตามความรุนแรงของโรค
- ให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ หากทารกไม่สามารถรับนมทางสำไส้ได้

วินิจฉัยเพิ่มเติมโดย.....  
 ผ่าตัด.....  
วันที่ผ่าตัด..... ระบุตำแหน่ง.....  
 ห่องผ่าตัดเล็ก โดยให้ยาชาเฉพาะที่  
 ห่องผ่าตัดใหญ่ โดยวิธีระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับดุลพินิจของวิสัญญีแพทย์

ได้รับเลือดและสารประกอบของเลือด  
 อื่น ๆ.....

ข้อดี: ทารกได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และรักษาโรคอย่างทันท่วงที

ข้อเสีย: ไม่พบข้อเสียของการปฏิบัติตามแผนการดูแลทารกแรกเกิด

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลโดยประมาณ (กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน):  < 7 วัน  1-2 สัปดาห์  > 2 สัปดาห์  อื่น ๆ ระบุ.....

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น:  ติดเชื้อ  การเสียเลือด  การรั่วของยาหรือสารน้ำออกนอกหลอดเลือด  
 ภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดก่อนกำหนด  ความเสี่ยงจากการใส่ท่อช่วยหายใจ  เสียชีวิต  อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจาก นายแพทย์/นางพยาบาล..... จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัย รักษา..... ครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามดังกล่าว) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการขอรับการรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรืออายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

แพทย์ชื่อ.....

ผู้แทนผู้ป่วย มาคนเดียว  
ลงชื่อ..... ผู้แทนผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม เกี่ยวข้องเป็น  บิดา  มารดา  
(.....) วันที่ (30 / 9 / 66) เวลา 11.00 น.  ผู้ปกครอง  อื่น ๆ..... ของผู้ป่วย

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

ลงชื่อ..... พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล  
(.....) วันที่ (30 / 9 / 66)

เกี่ยวข้องเป็น..... ของผู้ป่วย ตำแหน่ง.....

\*หนังสือฉบับนี้มีอายุ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ลงนาม\* หน้า 1 / 1

ICF 39150\_001\_640305  
Update 65-09-01

**หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779)**

ชื่อ..... ปี.....  
HN.....

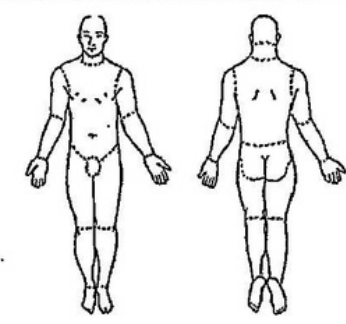
ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย.....  
เลข ว. แพทย์..... วันที่..... เวลา.....

โรคหรืออาการที่ต้องทำการรักษา..... **หนองเนื้อ**

แผนการรักษา

ผ่าตัด.....  
วันที่ผ่าตัด..... ระบุตำแหน่ง.....  
 ห่องผ่าตัดเล็ก โดยให้ยาชาเฉพาะที่  
 ห่องผ่าตัดใหญ่ 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 ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการขอรับการรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรืออายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

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

ลงชื่อ..... ผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม เกี่ยวข้องเป็น  บิดา  มารดา  
(.....) วันที่ (6 / 10 / 66) เวลา 9.19  ผู้ปกครอง  อื่น ๆ..... ของผู้ป่วย

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

ลงชื่อ..... พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล  
(.....) วันที่ (6 / 10 / 66)

เกี่ยวข้องเป็น..... ของผู้ป่วย ตำแหน่ง.....

**คำรับรองไม่ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาหรือทำการผ่าตัด**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าไม่สมัครใจที่จะให้ ข้าพเจ้า หรือ..... ของข้าพเจ้า อยู่รับการรักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ต่อไป หากบังเกิดผลเสียหายหรืออันตรายอย่างใดเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่ถือว่าเป็นการรับผิดชอบของโรงพยาบาลแต่ประการใด

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

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

หนังสือฉบับนี้มีอายุ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ลงนาม (แบบฟอร์มกลางของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปรับปรุงตามมติกรรมการเวชระเบียนครั้งที่ 2/65 (8 สิงหาคม 65)) หน้า 1 / 1

# Thank you!



งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์



10570 : หัวหน้างานเวชระเบียน

-ปรึกษาการใช้งาน Informed consent

10571, 1054 : หน่วยเวชสถิติและข้อมูลกลาง

-การขอรับรองแบบฟอร์ม Informed consent

-การขอ User เข้าใช้โปรแกรมสำหรับผู้พัฒนาแบบฟอร์ม

-การดาวน์โหลดแบบฟอร์มไปใช้งาน

-การ Audit แบบฟอร์ม Informed consent หลังใช้งาน



<https://medinfo2.psu.ac.th/medrec/>

