โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รับที่ 64-008655
วันที่ 22 มิ.ย. 2564
เวลา 8-58

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ โทร.10571, 1050
ที่ มอ 104.2639150/64-00521 **วันที่** 22 มิ.ย. 2564
เรื่อง การใช้ Informed consent กลาง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
(1) **เรียน** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฯ ผ่าน ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล (ผศ.นพ.สมฤทธิ์ มหัทธโนบล)

อ้างถึง มติคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ครั้งที่ 5/2564 พิจารณารับรองวาระเวียนแทนการประชุม เรื่อง Informed consent จำนวน 2 ฉบับ คือ

1. หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779) (รหัสวัสดุ 411308)
2. หนังสือยินยอมให้แพทย์ให้ยานอนหลับสำหรับผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779) (รอกำหนดรหัสวัสดุ)

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จึงขอแจ้งสาขาวิชา/ฝ่าย/ศูนย์ความเป็นเลิศ/หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ยกเลิกการใช้หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพฯ(รหัสวัสดุ 411308) ฉบับเก่า ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2564 เป็นต้นไป *โดยอนุโลมให้หน่วยบริการใช้ฉบับเก่าจนหมดก่อนเริ่มใช้ฉบับใหม่*

2. ให้ใช้หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพฯ(รหัสวัสดุ 411308) ฉบับใหม่ และหนังสือยินยอมให้แพทย์ให้ยานอนหลับสำหรับผู้ป่วยเด็กฯ(รอกำหนดรหัสวัสดุ) ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2564 เป็นต้นไป

3. สามารถขอเบิกหนังสือยินยอมฯ ฉบับใหม่ ทั้ง 2 ฉบับ ได้ที่หน่วยทะเบียนเวชระเบียน(ห้องบัตร) โทรศัพท์ 105755 แทนการเบิกจากงานคลังพัสดุไปพลางก่อน เริ่มตั้งแต่ 28 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไป เมื่องานคลังพัสดุจัดพิมพ์เรียบร้อยแล้ว งานเวชระเบียนจะแจ้งหน่วยบริการเบิกผ่านโปรแกรมเบิกวัสดุต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบเห็นควรแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไปด้วย

(นางสาวชญานันทน์ นาคสมพงษ์)
หัวหน้างานเวชระเบียน

(2) เห็นชอบ, แจ้ง (3)
23/6/64

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สมฤทธิ์ มหัทธโนบล)
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สำนักงานเวชระเบียน
ผู้ประสานงาน: กันต์ติชา แก้วมหากาฬ
โทร. 10571 อีเมล: kkantich@medicine.psu.ac.th

สำเนาถูกต้อง
สำนักงาน รพ ไทร J011-2
ชื่อ.....
ตรง - ผช. สมชาติ
- ผอ.รพ.
- งานธุรการเปรียน
รองฯ - สาขาวิชา, ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
- ศูนย์ความเป็นเลิศ
ลงชื่อ.....
23 มิ.ย 64

หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779)

ชื่อ – สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

H.N.....Ward/OPD.....

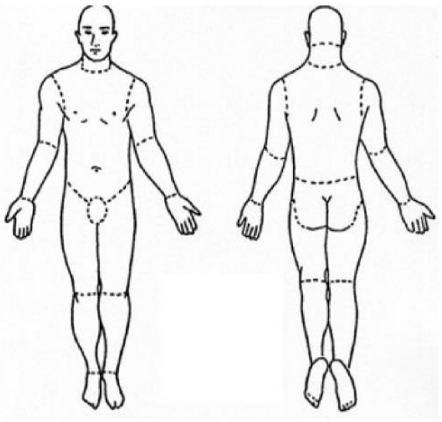
ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย.....

รหัสแพทย์.....วันที่.....เวลา.....

โรคหรืออาการที่ต้องทำการรักษา.....

.....

แผนการรักษา



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

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาตามวิธีข้างต้น.....

.....

ข้อดี.....

.....

.....

ข้อเสีย.....

.....

.....

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล โดยประมาณ (กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน) ☐ OPD Case

☐ < 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

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม ☐ “ผู้ป่วยมาคนเดียว”

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

ลงชื่อ.....ผู้แทนผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม เกี่ยวข้องเป็น ☐ บิดา ☐ มารดา

(.....) วันที่ (...../...../.....) เวลา..... ☐ ผู้ปกครอง ☐ อื่น ๆ.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้ป่วย

(.....) วันที่ (...../...../.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

(.....) วันที่ (...../...../.....)

ตำแหน่ง.....

หนังสือฉบับนี้มีอายุ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ลงนาม

หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779)

ชื่อ – สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

H.N.....Ward/OPD.....

รหัสวัสดุ **411308**

การให้ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือการรักษาจากที่แจ้งไว้แล้วและ/หรือได้อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติได้รับทราบข้อมูลการรักษา/หัตถการตามรายละเอียดแบบ... "ระบุรหัสเลขที่เอกสารของหัตถการในช่องว่างด้านล่าง" แพทย์ผู้ให้คำแนะนำลงนามพร้อมวันที่และควรพิจารณาว่าผู้ป่วยและ/หรือพยานจำเป็นต้องลงนามรับรองหรือไม่

	ลายเซ็น
ครั้งที่ 1 วันที่..... .....**ตามรายละเอียดแบบ**.....	
ครั้งที่ 2 วันที่..... .....**ตามรายละเอียดแบบ**.....	
ครั้งที่ 3 วันที่..... .....**ตามรายละเอียดแบบ**.....	
ครั้งที่ 4 วันที่..... .....**ตามรายละเอียดแบบ**.....	

คำรับรองไม่ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาหรือทำการผ่าตัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าไม่สมัครใจที่จะให้ **ข้าพเจ้า หรือ** .....

ผู้เป็น.....ของข้าพเจ้า อยู่รับการรักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์นี้ต่อไป หากบังเกิดผลเสียหายหรืออันตรายอย่างใดเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่ถือว่าเป็นการรับผิดชอบของโรงพยาบาลนี้แต่ประการใด

ลงชื่อ.....ผู้ป่วยรับทราบและให้คำรับรอง ☐ "ผู้ป่วยมาคนเดียว"

(.....)เวลา.....

ลงชื่อ.....ผู้แทนผู้ป่วยรับทราบและให้คำรับรอง เกี่ยวข้องเป็น ☐ บิดา ☐ มารดา

(.....)เวลา..... ☐ ผู้ปกครอง

☐ อื่น ๆ.....ของผู้ป่วย

หนังสือฉบับนี้มีอายุ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ลงนาม

SONGKLANAGARIND HOSPITAL

(Hospital number 13779)

รายงานการเตรียมผ่าตัด

รหัสวัสดุ **411308**

NAME.....AGE.....H.N. .....WARD.....

เตรียมทำ.....**วันที่**.....

	การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์และหลักการพยาบาล	ชื่อผู้ปฏิบัติ	ชื่อผู้ปฏิบัติ
1.	อาหาร ☐ งด..... ☐ ไม่งด.....	.....	.....
2.	เตรียมบริเวณ		
	☐ อาบน้ำด้วยสบู่พิเศษที่โรงพยาบาลเตรียมก่อนผ่าตัด 1 คืน		
	โกนขนผู้ป่วย ☐ โกน เวลา.....น.		
	☐ ไม่โกน	.....	.....
3.	S.S.E ☐ ..... เวลา.....น.	.....	.....
4.	G/M	.....	.....
5.	การปัสสาวะ ☐ ด้วยตนเอง เวลา.....น.		
	☐ Retain Foley's cath No. ..... เวลา.....น.	.....	.....
6.	Gastric lavage and retaining gastric tube เวลา.....น.	.....	.....
7.	Douche and paint cervix เวลา.....น.	.....	.....
8.	การถอดเก็บรักษา เลนส์สัมผัส ฟันปลอม แว่นตา แหวน นาฬิกา เครื่องประดับ แขนหรือขาปลอม ฯลฯ		
	☐ เรียบร้อย		
	☐ ไม่เรียบร้อย เพราะ.....	.....	.....
9.	การตรวจความสะอาดผม และเครื่องประดับผม การล้างเครื่องสำอาง ยาทาเล็บ ฯลฯ		
	☐ เรียบร้อย		
	☐ ไม่เรียบร้อย เพราะ.....	.....	.....
10.	Pre-medication		
	.....		
	.....	.....	.....
11.	ยาหรือเครื่องมือส่งไปพร้อมกับผู้ป่วย		
	.....		
	.....	.....	.....

1.ขีดเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ ที่ต้องการ 2.เขียนชื่อในสิ่งที่ปฏิบัติไปแล้วและต้องได้รับการตรวจสอบจากพยาบาล

หนังสือยินยอมให้แพทย์ให้ยานอนหลับสำหรับผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์(13779)

ชื่อ – สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี	ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย.....
H.N.……Ward/OPD.……	รหัสแพทย์.....วันที่.....เวลา.....

โรคหรืออาการที่ต้องทำการรักษา.....

แผนการรักษา <u>ให้ยานอนหลับสำหรับเด็ก เพื่อตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ</u>

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาตามวิธีข้างต้น

ข้อดี ……

……..

ข้อเสีย……

……

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล โดยประมาณ (กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน) ❒ OPD Case

❒ < 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

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากนายแพทย์/แพทย์หญิง.....จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัย รักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามดังกล่าว) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิ์ในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม ❒ "ผู้ป่วยมาคนเดียว"

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

ลงชื่อ.....ผู้แทนผู้ป่วยรับทราบและให้คำยินยอม เกี่ยวข้องเป็น ❒ บิดา ❒ มารดา

(.....) วันที่ (...../...../.....) เวลา..... ❒ ผู้ปกครอง ❒ อื่น ๆ.....ของผู้ป่วย

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

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

เกี่ยวข้องเป็น……ของผู้ป่วย ตำแหน่ง.....

การให้ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือการรักษาจากที่แจ้งไว้แล้วและ/หรือได้อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติได้รับทราบข้อมูลการรักษา/หัตถการตามรายละเอียดแบบ... **"ระบุรหัสเลขที่เอกสารของหัตถการในช่องว่างด้านล่าง"** แพทย์ผู้ให้คำแนะนำลงนามพร้อมวันที่และควรพิจารณาว่าผู้ป่วยและ/หรือพยานจำเป็นต้องลงนามรับรองหรือไม่

	ลายเซ็น
ครั้งที่ 1 วันที่..... .....**ตามรายละเอียดแบบ**.....	
ครั้งที่ 2 วันที่..... .....**ตามรายละเอียดแบบ**.....	

หนังสือฉบับนี้มีอายุ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ลงนาม

[ปรับปรุงแบบฟอร์มตามมติกรรมการเวชระเบียน (5 มีนาคม 2564)]