

หนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษารักษาโดยการรับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆ ของเลือด  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่ให้คำยินยอม.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล..... ในฐานะผู้รับการรักษา/  
ผู้แทนของ นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล..... ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับเลือด  
และ/หรือส่วนประกอบต่างๆ ของเลือดเพื่อการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายและเข้าใจถึงวิธีการให้และโอกาสเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการ  
ได้รับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆ ของเลือดจากแพทย์ผู้ให้การรักษา ดังนี้

- วิธีการให้เลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆ ของเลือดแก่ผู้ป่วย
- การให้เลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆ ของเลือด ให้โดยผ่านเส้นเลือดดำ ด้วยวิธีการปลอดเชื้อที่ได้มาตรฐาน
- โอกาสเสี่ยงจากการได้รับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆ ของเลือด ได้แก่
  - ปฏิกริยาชั่วคราวและไม่รุนแรง เช่น การมีรอยจ้ำเขียว บวมและเจ็บในตำแหน่งที่แทงเข็มเข้าเส้นเลือดดำ  
อาการข้างเคียงจากส่วนประกอบต่างๆ ของเลือด ได้แก่ อาการปวดหัว ไข้ หนาวสั่น ผื่นคันที่ผิวหนังหรือลมพิษ  
เมื่อเกิดผลดังกล่าวแพทย์จะให้การรักษาตามอาการ
  - ปฏิกริยาที่รุนแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้ คือการให้เลือดผิดหมู่ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อยมาก เนื่องจากเลือดทุกถุง  
ได้รับการตรวจสอบการเข้ากัน ได้กับผู้ป่วยอย่างรอบคอบและได้มาตรฐาน และมีการสอบสวนความถูกต้องทุกครั้ง  
ผู้ให้การรักษามีการสังเกตและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในระยะแรกของการให้เลือด เมื่อเกิดอาการผิดปกติขึ้น  
แพทย์จะหยุดการให้เลือดและให้การรักษาตามมาตรฐานทันทีพร้อมกับการตรวจสอบหาสาเหตุ
  - การติดเชื้อ ปัจจุบันหน่วยคลังเลือดฯ ได้ตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ชิฟิลิส และเชื้อเอชไอวี  
(HIV) ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องในเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆ ของเลือดทุกถุง  
ก่อนให้ผู้ป่วยตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการเช่นเดียวกับประเทศในยุโรปหรืออเมริกา อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัด  
ของเทคโนโลยี ผู้ได้รับเลือดยังมีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อเอชไอวีประมาณ 1 ต่อ 3 ล้านของผู้บริจาค เชื้อไวรัส  
ตับอักเสบบี 1 ต่อ 2 ล้านของผู้บริจาค และเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 1 ต่อ 7 แสนของผู้บริจาค (อ้างอิงจากข้อมูลจาก  
ประเทศในยุโรป)

ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัวข้าพเจ้าเองหรือผู้ที่ข้าพเจ้าเป็นตัวแทนรับการรักษารักษาโดยให้เลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆ  
ของเลือด โดยแพทย์และหรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างวันที่.....ถึง  
วันที่.....

ข้าพเจ้าจะเก็บสำเนาใบยินยอมนี้ไว้ 1 ฉบับ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนาม  
ในใบยินยอมนี้

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ) .....

( )

( )

ผู้ให้ข้อมูลการรับเลือด

ผู้ป่วย  ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ) .....

( )

( )

พยาน (ญาติสายตรง)

พยาน (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล)

หมายเหตุ :

- ❶ แบบฟอร์มหนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษาโดยการรับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆ ของเลือด ได้แขวนไว้บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลฯ ในส่วนของแบบฟอร์มต่างๆ ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ทันที
- ❷ หนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษา ที่ผ่านการลงนามเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ให้ส่งไปยัง งานเวชระเบียน เพื่อสแกนเข้าสู่ระบบ HIS ต่อไป
- ❸ การลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษาโดยการรับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆ ของเลือด ให้ แพทย์ผู้รักษา/พยาบาลผู้ได้รับมอบหมาย อธิบายผู้ป่วยและ/หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยตามกฎหมาย ให้เข้าใจถึงวิธีการให้เลือดและโอกาสเสี่ยงจากการได้รับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆ ของเลือด ให้ลงนามในแบบฟอร์มดังกล่าวข้างต้นก่อนการจ้องเลือด พร้อมระบุวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุด โดย :-
  - 3.1 กรณีกลุ่มผู้ป่วยที่รับการรักษาฯ เป็นประจำ เช่น โรคธาลัสซีเมีย ฯลฯ ให้ ลงนามเพียงครั้งเดียวสามารถให้ได้ประมาณ 1 ปี
  - 3.2 กรณีกลุ่มผู้ป่วยที่รับการรักษาฯ นานๆ ครั้ง ให้ ลงนามทุกครั้ง ก่อนการจ้องเลือด