



4 1 1 3 0 8

## SONGKLANAGARIND HOSPITAL

รายงานการเตรียมผ่าตัด-ใบอนุญาตผ่าตัด 411308

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

เตรียมทำ..... วันที่ .....

การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์และหลักการพยาบาล		ชื่อผู้ปฏิบัติ	ชื่อผู้ปฏิบัติ
1.	อาหาร <input type="checkbox"/> งด..... <input type="checkbox"/> ไม่งด		
2.	เตรียมบริเวณ <input type="checkbox"/> อาบน้ำด้วยสบู่พิเศษที่โรงพยาบาลเตรียมก่อนผ่าตัด 1 คืน โกนขนผู้ป่วย <input type="checkbox"/> โกน เวลา.....น. <input type="checkbox"/> ไม่โกน		
3.	S.S.E <input type="checkbox"/> ..... เวลา.....น.		
4.	G/M.....		
5.	การปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ด้วยตนเอง เวลา ..... น. <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> เรียบร้อย <input type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย เพราะ.....		
9.	การตรวจความสะอาดผผ และเครื่องประดับผผ การล้างเครื่องสำอางค์ ยาทาเล็บ ฯลฯ <input type="checkbox"/> เรียบร้อย <input type="checkbox"/> ไม่เรียบร้อย เพราะ.....		
10.	Pre-medication .....		
11.	ยาหรือเครื่องมือส่งไปพร้อมกับผู้ป่วย <input type="checkbox"/> Film x-ray <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....		

1. ชัดเครื่องหมาย / ในช่อง  ที่ต้องการ

2. เขียนชื่อในสิ่งที่ปฏิบัติไปแล้วและต้องได้รับการตรวจสอบจากพยาบาล

## คำรับรองไม่ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาหรือทำการผ่าตัด

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าไม่สมควรใจที่จะให้ข้าพเจ้า หรือ.....

ผู้เป็น.....ของข้าพเจ้า อยู่รับการรักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์นี้ต่อไป หากบังเกิดผลเสียหายหรืออันตราย  
อย่างใดเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่ถือว่าเป็นการรับผิดชอบของโรงพยาบาลนี้แต่ประการใด

ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วยให้คำยินยอม)

เกี่ยวข้องเป็น  บิดา  มารดา  ผู้ปกครอง  อื่นๆ.....ของผู้ป่วย

# หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย .....	อายุ .....	ปี
H.N. .... Ward/OPD .....		

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย .....

รหัสแพทย์ ..... วันที่ .....

## แผนการรักษา (แพทย์ลงรายละเอียดเท่าที่จำเป็น)

โรคหรืออาการที่ต้องทำการตรวจรักษา.....

.....

.....

.....

.....

- ยา .....
- ผ่าตัด .....
- วินิจฉัยเพิ่มเติมโดย.....
- อื่นๆ .....

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากนายแพทย์/แพทย์หญิง .....

จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามดังกล่าวข้างต้น) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษาข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิ์ในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือญาติหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้ป่วยให้คำยินยอม	ลงชื่อ.....ผู้แทนผู้ป่วยให้คำยินยอม
(.....)	(.....)
เกี่ยวข้องกับ <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> ผู้ปกครอง <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....ของผู้ป่วย	
ลงชื่อ.....พยาน	ลงชื่อ.....พยาน
(.....)	(.....)

การให้ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือรักษาจากที่แจ้งไว้แล้วและ/หรือได้อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติได้รับทราบข้อมูลการรักษา/หัตถการตามรายละเอียดแบบ... “ระบุรหัสเลขที่เอกสารของหัตถการในช่องว่างด้านล่าง” แพทย์ผู้ให้คำแนะนำลงนามพร้อมวันที่และควรพิจารณาว่าผู้ป่วยและ/หรือพยานจำเป็นต้องลงนามรับรองหรือไม่)

ครั้งที่ 1 วันที่ .....

.....ตามรายละเอียดแบบ.....

ครั้งที่ 2 วันที่ .....

.....ตามรายละเอียดแบบ.....

ครั้งที่ 3 วันที่ .....

.....ตามรายละเอียดแบบ.....

ครั้งที่ 4 วันที่ .....

.....ตามรายละเอียดแบบ.....

ลายเซ็น