

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เข้ารับการรักษายาบาลเมื่อ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น. ข้าพเจ้าขอ  
แสดงความยินยอมโดยสมัครใจให้คณะแพทย์ .....และบุคลากร ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ ที่ได้รับ  
มอบหมายให้มีส่วนร่วมในการดูแล ตรวจ วินิจฉัย และให้การรักษาคือข้าพเจ้าได้ดำเนินการตรวจวินิจฉัย / รักษาโดยการใส่ยา หรือกายภาพบำบัด / รักษาโดยการ  
ผ่าตัดเล็กน้อย หรือ ผ่าตัดใหญ่ / ใส่ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ หรือ การดมยาสลบ

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับกรักษาอันประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

**ข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติทราบ**

- เหตุผลหรือความจำเป็นที่ในการเข้ารับการรักษา.....
- ทางเลือกอื่น.....
- ข้อดี ในการนอนรักษา.....
- ข้อเสีย ถ้าไม่นอนรักษาใน รพ.....
- ระยะเวลาที่คาดว่าจะต้องเข้ารับการรักษาดังกล่าวในโรงพยาบาลประมาณ.....วัน
- ความเสี่ยง.....
- ภาวะแทรกซ้อน.....
- ลดความเสี่ยงโดย.....ข้อควรปฏิบัติ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล ข้างต้นอย่างชัดเจน จนเป็นที่กระจ่างสำหรับข้าพเจ้าแล้ว และข้าพเจ้าตระหนักดีว่าคณะแพทย์ และบุคลากร ทีมสุขภาพพยาบาล  
ไม่สามารถรับประกันถึงผลสำเร็จของการรักษาพยาบาลดังกล่าวได้

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมโดยสมัครใจให้คณะแพทย์และบุคลากร ทีมสุขภาพดังกล่าวข้างต้นสามารถกระทำการ  
อื่น ๆ ด้วย เหตุผลแสดงถึงความจำเป็นในการกระทำดังกล่าว อาทิเช่น การใส่ยาระงับความรู้สึก การให้เลือด และ / หรือ ผลึกกันซ์  
ของเลือด การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา การตัดชิ้นเนื้อ หรือ ส่วนของอวัยวะ และการตรวจรักษา หรือ ผ่าตัดเพิ่มเติมอย่าง  
ทันทีทันใด ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ บุคลากร ทีมสุขภาพดำเนินการได้หากเป็นการคำนึงถึงชีวิตและประโยชน์ของข้าพเจ้าเป็น  
สำคัญ

ณ ที่นี้ข้าพเจ้าขอแสดงความ ( ) ยินยอม ( ) ไม่ยินยอม เพื่อรับการรักษาโดยความสมัครใจไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล  แพทย์  พยาบาล ผู้ให้ข้อมูลการผ่าตัด/หัตถการ/การรักษา

(.....)

ลงชื่อผู้ป่วย..... **หมายเหตุ**  ผู้ป่วยมาคนเดียว  ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวและจำเป็นต้องรักษาในชั้นความ

(.....)  ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี มาคนเดียว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี สมรสตามกฎหมาย

เวลา.....น.  ผู้ป่วยมากับญาติ 1 คน ไม่มีพยาน

ลงชื่อพยาน.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

(.....)

ลงชื่อพยาน.....เกี่ยวข้องเป็น  พยาบาล  พนักงานช่วยเหลือคนไข้

(.....)  เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข

ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่มิอาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ แพทย์ได้อธิบายข้อความดังกล่าวข้างต้นให้แก่ผู้แทนโดยชอบธรรม  
ของผู้ป่วย ที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้รับทราบแล้วและขอแสดงความ ( ) ยินยอม ( ) ไม่ยินยอม เพื่อรับการตรวจรักษาดังกล่าวไว้  
ณ ที่นี้

ลงชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม ..... (เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย)

(.....) เลขที่บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.

ระบุสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมิอาจให้ความยินยอมได้ตามปกติเพราะ

( ) อายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ ( ) ผู้บกพร่องทางกาย - จิต ( ) อื่น ๆ ระบุ .....