

# โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จ.จันทบุรี

## แบบบันทึกแสดงการรับทราบและการยินยอมรับการตรวจรักษาผู้ป่วยในสำหรับทารกแรกเกิด

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....วัน HN.....AN.....

แผนก.....เข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การวินิจฉัย/อาการ.....

การผ่าตัด/หัตถการ/การใช้ยาระงับความรู้สึก.....

ข้าพเจ้าในฐานะผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและขอแสดงความยินยอมโดยความสมัครใจให้  
คณะแพทย์.....และบุคลากรทีมสุขภาพของโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการดูแล ตรวจ วินิจฉัย  
และให้การรักษา โดยการใช้ยาหรือกายภาพบำบัด/รักษาโดยการผ่าตัดเล็กน้อย หรือ ผ่าตัดใหญ่/ใช้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารใด ๆ เข้าสู่ร่างกาย  
และข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้นจาก ตรวจ วินิจฉัย รักษาพยาบาลนั้น ๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อรับการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น เมื่อมีเหตุ  
อันควร

ข้าพเจ้าได้รับทราบ ข้อมูล เกี่ยวกับการรักษาอันประกอบด้วยข้อมูล ดังต่อไปนี้  
เหตุผลการเข้ารับการรักษา/แนวทางการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อ.....

- ( ) เพื่อการพยาบาลและดูแลหลังคลอด
  - ( ) บรรเทา/รักษาอาการของโรค, ผ่าตัด, หัตถการ, ตรวจพิเศษ
  - ( ) อื่น ๆ .....
- แนวทางการรักษา ( ) ให้ออกซิเจน ( ) ให้สารน้ำ ( ) ให้สารอาหาร ( ) ไข้ยา ( ) พ่นยาละอองฝอย
- ( ) ให้เลือด/ส่วนประกอบของเลือด ( ) เข้าสู้อบ ( ) ส่องไฟ
- ( ) อื่น ๆ .....

- ข้อดีของการรักษา ( ) ได้รับการตรวจประเมินทารกแรกเกิด ตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแรกเกิด/โรคหัวใจชนิดเขียว  
แต่กำเนิด/ภาวะตัวเหลือง/ระดับความเข้มข้นของเลือด
- ( ) ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด
- ( ) ได้รับการตรวจวินิจฉัย และรักษา ภาวะผิดปกติและความเจ็บป่วยในเบื้องต้น

ข้อเสียของการรักษา.....

ทางเลือกในการรักษา ( ) ถ้าไม่ได้รับการดูแลเป็นผู้ป่วยใน อาจทำให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า

ผลการรักษา ( ) ต้องใช้เวลาในการรักษาประมาณ ๓ วัน **ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม**  
( ) ต้องใช้เวลาในการรักษาประมาณ.....วัน (ระบุเหตุผล).....

- ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ( ) ตัวเหลือง ( ) น้ำตาลในเลือดต่ำ ( ) สะดืออักเสบ ( ) การหายใจผิดปกติ
- ( ) ติดเชื้อในกระแสเลือด ( ) ติดเชื้อในโรงพยาบาล ( ) แพ้ยา ( ) แพ้เลือด
- ( ) อื่น ๆ.....

ลดความเสี่ยงโดย.....

ข้อควรปฏิบัติ.....

ระยะเวลาที่คาดว่าจะต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล.....วัน

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล ชำ้ต้นอย่างชัดเจน จนเป็นที่กระจ่างสำหรับข้าพเจ้าแล้ว และข้าพเจ้าตระหนักดีว่าคณะแพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพ  
พยาบาลไม่สามารถรับประกันถึงผลสำเร็จของการรักษาพยาบาลดังกล่าวได้

ชื่อ.....อายุ.....ปี HN..... AN.....
เตียง..... แพทย์..... หอผู้ป่วย ห้องคลอด แผนก กุมารเวชกรรม แผ่นที่ 1

# โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จันทบุรี

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมโดยความสมัครใจให้คณะแพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพดังกล่าวข้างต้นสามารถกระทำการอื่น ๆ ด้วยเหตุผลแสดงถึงความจำเป็นในการกระทำดังกล่าว อาทิเช่น การใช้ระยะจับความรู้สึก การให้เลือด และ / หรือ ผลิตภัณฑ์ของเลือด การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา การตัดชิ้นเนื้อ หรือ ส่วนของอวัยวะ และการตรวจรักษา หรือ ผ่าตัดเพิ่มเติมอย่างทันทีทันใด ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์บุคลากรทีมสุขภาพดำเนินการได้ หากเป็นการคำนึงถึงชีวิตและประโยชน์ของทารกเป็นสำคัญ และยอมรับผลที่อาจเกิดขึ้นจากความเสี่ยง จึงลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ฉ. ที่นี้ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อมูลทั้งหมดแล้วจึงขอแสดงความ ( ) ยินยอม ( ) ไม่ยินยอม เพื่อรับการรักษาโดยความสมัครใจไว้  
ฉ. ที่นี้

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล  แพทย์  พยาบาล ผู้ให้ข้อมูลการผ่าตัด/การรักษา  
(.....)

ลงชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม..... (เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย)  
(.....) เลขที่บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.

ลงชื่อพยาน.....เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย หมายเหตุ  มารดามกคนเดียว  
(.....)

ลงชื่อพยาน.....เกี่ยวข้องกับ  พยาบาล  พนักงานช่วยเหลือคนไข้  
(.....)  เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข

ชื่อ.....อายุ.....ปี HN..... AN..... เตียง..... แพทย์..... หอผู้ป่วย ห้องคลอด แผนก กุมารเวชกรรม แผ่นที่ 2
--