

หนังสือแสดงความยินยอมสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาที่สงสัยผู้ป่วยแพ้ซ้ำ (Rechallenge)

โรงพยาบาลกุมภวาปี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....ข้าพเจ้า.....

.อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....

ในฐานะ

☐ ผู้ป่วย

☐ ญาติผู้มีสิทธิให้ความยินยอมของ นาง/นางสาว/ด.ญ/ด.ช.....

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถให้ความยินยอมด้วย

ตนเองได้ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลการรักษา ด้วยโรค / ปัญหา.....

เหตุผลจำเป็นที่ต้องใช้ยาที่สงสัยผู้ป่วยแพ้ซ้ำ (Rechallenge) คือ

วิธีการรักษา รักษาทางยา ได้แก่

ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาประมาณ.....วัน รวมทั้งได้มีโอกาสซักถามและได้รับคำตอบเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้า

☐ ยินยอม/รับทราบถึงอาการไม่พึงประสงค์อาจเกิดจากการใช้ยาที่แพ้ซ้ำแล้ว

☐ ไม่ยินยอมให้แพทย์และทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลกุมภวาปี ทำการบำบัดรักษา

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ข้าพเจ้าได้รับรู้และเข้าใจสาระสำคัญของหนังสือแสดง

เจตนาประสงค์ที่จำเป็นต้องใช้ยาที่สงสัยผู้ป่วยแพ้ซ้ำ (Rechallenge) แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานเป็น

สำคัญ กรณีไม่ยินยอมรับการรักษาหากยังเกิดผลเสียอันตรายขึ้นแก่ผู้ป่วยจะไม่ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของ

โรงพยาบาลกุมภวาปีแต่ประการใด

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยานของผู้ป่วย

(.....)

ความสัมพันธ์.....

(กรณีผู้ป่วยมาคนเดียวไม่ต้องมีพยานของผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ลงชื่อ.....พยานผู้ให้ข้อมูล

(.....)

หมายเหตุ:1.กรณีเร่งด่วนเช่นผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวติดต่อญาติ/คนรู้จักชื่อ.....

เบอร์โทร.....