

แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการทำหัตถการ ผ่าตัดทำหมัน

วันที่.....เวลา.....

ข้าพเจ้า.....

☐ผู้ป่วย ☐ผู้เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วยชื่อ.....

ยินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกุมภวาปี ทำหัตถการ ผ่าตัดทำหมัน เพื่อคุมกำเนิดแบบถาวร

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อเสีย
การผ่าตัดทำหมัน	- ประสิทธิภาพการคุมกำเนิดดี - ไม่ต้องเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว	- ปวดแผล - อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหมัน

ระยะเวลาในการทำหัตถการ ประมาณ 10-30 นาที

ภาวะแทรกซ้อน

1. อาจเกิดความเสี่ยงจากการระงับความรู้สึก

2. การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

3. มีโอกาสเกิดท้องนำไข่ต่อกันทำให้ตั้งครรภ์ได้

4. มีโอกาสผ่าตัดถูกอวัยวะอื่นๆในช่องท้อง เช่น กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ หรือตัวมดลูก ส่งผลให้การรักษา

ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจถึงรายละเอียดต่างๆ ข้างต้นและ ☐ยินยอมให้ทำหัตถการดังกล่าว ☐ไม่ยินยอมให้ทำหัตถการดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม ลงชื่อ.....พยานผู้ป่วย

(.....) (.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่

(.....) (.....)

☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล

ติดสติ๊กเกอร์