

แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและการยินยอมรับการรักษา/หัตถการ

วันที่.....เวลา.....น. ที่รับทราบข้อมูล

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวเป็น () ผู้ป่วย หรือ

() เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วยชื่อ(นาย/นาง/น.ส./ค.ช./ค.ญ.).....

ได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับเหตุผล ความจำเป็นในการรักษา, วิธีการรักษา, การทำการผ่าตัดหัตถการ, การใช้ยาหรือรับความรู้สึก รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา, ข้อดี, ข้อเสีย, ระยะเวลาในการรักษา, ผลการรักษา, ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้ตามรายละเอียด ดังนี้

มีเหตุผลหรือความจำเป็นในการรักษาโรค หรือ อาการ.....

โดยมีวิธีการรักษาและทางเลือกของการรักษา คือ () การให้ยารักษาเฉพาะโรค () การให้ยาปฏิชีวนะ () การผ่าตัด

() การให้สารน้ำทางหลอดเลือด () การให้ยา/รักษาประคับประคอง

() อื่นๆ (ระบุ).....

ผลดีของการรักษา คือ () รักษาโรค () บรรเทาอาการ () ตรวจวินิจฉัย () ป้องกันภาวะแทรกซ้อน () อื่นๆ.....

ผลเสียและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น () การติดเชื้อ () การเสียเลือด () การแพ้ยา () เสียชีวิต () อื่นๆ.....

ระยะเวลาการรักษา (ไม่มีภาวะแทรกซ้อน) ประมาณ.....วัน และ ผลการรักษาที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้ให้การดูแลรักษา อย่างดีที่สุดและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว คือ () หายขาด () อาการทุเลา () อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าเข้าใจและรับทราบว่าสิทธิที่จะเลือกไม่รับการรักษาก็ได้ โดยแพทย์/เจ้าหน้าที่ ผู้ทำการรักษาได้อธิบายรวมทั้ง ตอบข้อซักถามจนเป็นที่เข้าใจทุกประการแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงชื่อ/ พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน ว่า

() ยินยอมให้ทำการรักษา

() ไม่ยินยอมให้ทำการรักษา เนื่องจาก.....

() ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวและจำเป็นต้องทำการรักษาโดยด่วน

ลงชื่อ.....

(.....)

() นิ้วหัวแม่มือ.....

ผู้ให้คำยินยอม () ผู้ป่วย ()ญาติผู้ป่วย เกี่ยวข้องเป็น.....

() ผู้ป่วย ()ญาติมาคนเดียว

ลงชื่อ.....

(.....)

() นิ้วหัวแม่มือ.....

() พยาน (ญาติผู้ป่วย) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ข้อมูล () แพทย์ () พยาบาล

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่) () แพทย์ () พยาบาล