

ใบยินยอมรับการรักษา

◇ สำหรับผู้ป่วย

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมโดยสมัครใจให้คณะแพทย์/พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่
ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการดูแลอาการของข้าพเจ้า ซึ่งได้รับข้อมูลดังต่อไปนี้แล้ว

- ความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา..... การใช้าระงับความรู้สึก.....
.....
 วิธีการรักษา/หัตถการ..... ระยะเวลาในการรักษา.....
.....
 ผลดีของการรักษา..... ความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น.....
.....
 ผลเสียของการไม่รักษา.....
.....

ลงชื่อผู้ให้คำอธิบาย.....ตำแหน่ง.....

ข้าพเจ้าเข้าใจและยินยอมให้มีการดำเนินการรักษา โดยการผ่าตัด การรักษาโดยใช้ยาและ/หรือการ
กระทำการตรวจวินิจฉัยตามที่ได้มีการวางแผนไว้สำหรับข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมโดยสมัครใจให้คณะแพทย์/พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่
ได้รับมอบหมาย สามารถกระทำการอื่นๆ ด้วยเหตุผลซึ่งแสดงถึงความจำเป็นในการกระทำดังกล่าว อาทิเช่น
การใช้าระงับความรู้สึกเฉพาะที่หรือทั่วร่างกาย การให้เลือดและ/หรือผลิตภัณฑ์ของเลือด การวินิจฉัยทาง
รังสีวิทยาและพยาธิวิทยา การตัดชิ้นเนื้อหรือส่วนของอวัยวะ การทำหัตถการอื่นๆเพื่อประโยชน์ในการรักษา
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้า หากการกระทำดังกล่าวกระทำไปโดยคำนึงถึงประโยชน์ของตัวข้าพเจ้าเอง
ณ ที่นี้ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดข้อมูลดังกล่าวข้างต้นและขอแสดงความ

ติด sticker

() ยินยอม เพื่อรับการรักษาดังกล่าว

() ไม่ยินยอม เพื่อรับการรักษาดังกล่าว

ชื่อผู้ป่วย

ลายมือชื่อผู้ป่วย

วัน เดือน ปี

() ผู้ป่วยมาคนเดียว

() ผู้ป่วยมากับญาติ

ชื่อพยาน (ญาติผู้ป่วย)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ลายมือชื่อพยาน

วัน เดือน ปี

ชื่อพยาน (เจ้าหน้าที่ ร.พ)

ตำแหน่ง

ลายมือชื่อพยาน

วัน เดือน ปี



◇ สำหรับผู้แทนผู้ป่วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ ข้อความดังกล่าวข้างต้นได้ถูกอธิบายให้ผู้มีอำนาจตามกฎหมายในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (นามดังกล่าวข้างล่าง) ได้รับทราบและแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษาดังกล่าว

...../...../.....
 ชื่อผู้แทนผู้ป่วย ลายเซ็นชื่อผู้แทนผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย วัน เดือน ปี

โปรดระบุเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นยินยอมเพื่อการรักษาตนเองได้

- () ยังไม่บรรลุนิติภาวะ - ผู้ป่วยเป็นเด็กอายุไม่เกิน 20 ปี บริบูรณ์ ยกเว้นกรณีที่สมรสและมีอายุมากกว่า 17 ปี บริบูรณ์
- () เป็นผู้บกพร่องทางร่างกายและทางจิต (ระบุ).....
- () อยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์/สับสน () ผู้ป่วยไม่รู้ตัว
- () อื่นๆ ระบุ

◇ สำหรับแพทย์ผู้รักษา

() ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ และ/หรือไม่มีผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมายในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในขณะนั้น ข้าพเจ้าในฐานะแพทย์ผู้ทำการรักษา มีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อมิให้เกิดอันตรายหรือผลเสียหายรุนแรงแก่ผู้ป่วย โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ดังนี้คือ

.....

รักษาโดยวิธีการ.....

.....

...../...../.....
 (ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา) (ลายเซ็น) (วัน เดือน ปี)

โปรดระบุเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นยินยอมเพื่อการรักษาตนเองได้

- () ยังไม่บรรลุนิติภาวะ - ผู้ป่วยเป็นเด็กอายุไม่เกิน 20 ปี บริบูรณ์ ยกเว้นกรณีที่สมรสและมีอายุมากกว่า 17 ปี บริบูรณ์
- () เป็นผู้บกพร่องทางร่างกายและทางจิต (ระบุ).....
- () อยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์/สับสน () ผู้ป่วยไม่รู้ตัว
- () อื่นๆ ระบุ