

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าตรวจหลอดเลือดหัวใจ

เลขทะเบียนผู้ป่วย:

ชื่อ/สกุล

เลขที่

หน้า

หนังสือแสดงความยินยอม

ใบแจ้งการยินยอมการสวนหลอดเลือดหัวใจ

ชื่อผู้ป่วย \_\_\_\_\_ (หมายเลขประวัติผู้ป่วย \_\_\_\_\_)

ผู้ป่วยต้องการเข้ารับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในขั้นตอนการตรวจหลอดเลือดหัวใจ

ลายเซ็นแพทย์ \_\_\_\_\_ (ลายเซ็น/วันที่)แจ้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการผ่าตัด

การใช้สายสวนหลอดเลือดหัวใจเป็นขั้นตอนการตรวจโดยใช้สายสวนเข้าทางหลอดเลือดหัวใจและการตรวจวัดความดันภายในห้องหัวใจซึ่งจะช่วยวัดปริมาณออกซิเจนในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจได้อย่างชัดเจนและ แพทย์อาจมีการฉีดสารทึบแสงชนิดพิเศษเข้าไปตามสายสวน การฉีดสารทึบแสงสามารถช่วยการถ่ายภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในระบบเส้นเลือดและโครงสร้างของหัวใจได้อย่างละเอียดและแพทย์จะให้คำแนะนำการรักษาคตามผลตรวจ

- เมื่อเข้าห้องตรวจพยาบาลและแพทย์จะช่วยผู้ป่วยเตรียมพร้อมก่อนทำการวินิจฉัยเช่น ใส่เสื้อคลุมของทางโรงพยาบาลและใส่สายสวน
- พยาบาลจะแนะนำให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงตรวจและทำการเชื่อมต่อสายวัดชีพจรเพื่อตรวจวัดการเต้นผิดปกติของหัวใจที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา
- พยาบาลจะทำการฆ่าเชื้อบนผิวหนังและคลุมผ้าปลอดเชื้อแล้วทำการฉีดยาชาเฉพาะที่ผู้ป่วยจะรู้สึกมีชาซึ่งเป็นเรื่องปกติ หลังจากนั้นสัปดาห์แพทย์จะทำการสวนหัวใจซึ่งจะสอดสายสวนหัวใจเข้าไปตามแนว นอนทางเส้นเลือดผ่านไปยังตำแหน่งที่ถูกต้องของห้องหลอดเลือดหัวใจ จากนั้นแพทย์จะฉีดสารทึบแสงเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจซึ่งอาจทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และอาจรู้สึกอ่อนวูบวาคลิ้นไส้หรืออาเจียน ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นทั้งหมดนี้เป็นเรื่องปกติแพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและสูดลมหายใจเข้าลึกๆแล้วแพทย์จะทำการพิจารณาในการสวนหัวใจในครั้งนี้ จึงจะตัดสินใจว่าจะทำการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจหรือไม่

หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติในระหว่างการตรวจ โปรดแจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทันที

- การผ่าตัดจะใช้เวลาประมาณหนึ่งถึงสามชั่วโมง หากผู้ป่วยเข้ารับการตรวจสวนหัวใจเพียงอย่างเดียวสายสวนจะถูกถอดออกหลังจากการตรวจเสร็จสิ้นลง พยาบาลจะช่วยกดตรงจุดที่สอดสายสวนออกสักพักและใช้ผ้าพันแผลปิดเพื่อหยุดเลือดส่วนผู้ป่วยที่รอเข้ารับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจสายสวนจะไม่ถูกถอดออกจากร่างกายเพราะต้องรอเข้ารักษาใน วันถัดไป

ประสิทธิภาพ : ในการตรวจอาจจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยทางเจ้าหน้าที่และแพทย์จะไม่มีกรรับรองผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในหัวข้อดังต่อไปนี้

- การวินิจฉัยของแพทย์
- การประเมินผลการเดินของหัวใจผู้ป่วย
- การใช้อุปกรณ์ เช่นการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธี stenting หรือ valvuloplasty ในการรักษาสภาพหัวใจที่เฉพาะทาง
- การติดตามผลในการตรวจรักษาครั้งก่อน

ความเสี่ยง :

การตรวจวินิจฉัยทุกขั้นตอนย่อมมีความเสี่ยงทั้งหมด และความเสี่ยงที่ระบุในที่นี้เป็นความเสี่ยงที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงอื่นๆที่แพทย์ไม่สามารถระบุได้

ความเสี่ยง	การสวนหลอดเลือดหัวใจ	การขยายหลอดเลือดหัวใจตีบ (หรือ PTCA)
การเสียชีวิต	≤0.11%	0.8~21%
หัวใจวาย	≤0.05%	≤0.6%
หลอดเลือดอุดตัน(อัมพาต)	≤0.07%	
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	0.38~0.05%	
หลอดเลือดตีบ	0.43~0.6%	
การผ่าตัดฉุกเฉิน	0.5~0.6%	
หัวใจรั่ว	≤0.03%	
ปฏิกิริยาของสารทึบแสงที่ไม่พึงประสงค์ (รวมถึงอาการอัมพาตและไตเป็นพิษ)	0.37~0.6%	
หัวใจล้มเหลว	0.03~0.1%	
อื่นๆ(เช่นการติดเชื้อ)	1.98~2.2%	

ความเป็นไปได้ที่อาจเกิดในภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงจะขึ้นอยู่กับความเสี่ยงของแต่ละบุคคลและประเภทของการรักษาโรค อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการฝึกอบรมวิชาชีพของแพทย์จึงทำให้ความเสี่ยงในภาวะแทรกซ้อนลดลง สำหรับขั้นตอนวิธีการรักษาและทางเลือกอื่น หากคุณไม่ได้รับการรักษา จะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดโปรดพิจารณาอย่างรอบคอบและขอคำปรึกษาจากแพทย์เกี่ยวกับการตัดสินใจของคุณ

- 1.การสวนหลอดเลือดหัวใจ : ปัจจุบันการรักษายังไม่มีทางเลือกอื่น
- 2.การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและการคาบขดลวด : การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหรือการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ (CABG)หรือการใช้ยาบำบัด
- 3.การผ่าตัดลิ้นหัวใจ : การซ่อมแซมหรือเปลี่ยนวาล์วหัวใจหรือการควบคุมด้วยยา

หลังจากลงชื่อในหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้เข้าใจในขั้นตอนที่แพทย์อธิบายในสภาพร่างกายรวมถึงการบำบัดรักษา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว แพทย์ได้อธิบายถึงส่วนที่เกี่ยวข้องและความเสี่ยงที่ไม่ได้รับการบำบัดรักษา

ผู้ป่วยได้รับหนังสือข้อมูลแจ้งเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดและความเสี่ยงเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

แพทย์ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบ กรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินในระหว่างการผ่าตัดแพทย์อาจใช้วิธีการแทรกแซงเข้าช่วยและจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์

ผู้ป่วยสามารถสอบถามหรือปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับสภาพร่างกายและทางเลือกการรักษา รวมถึงความเสี่ยงในขั้นตอนการรักษา

ผู้ป่วยพึงพอใจในการขอข้อมูลจากแพทย์ และได้เข้าใจในขั้นตอนการวินิจฉัย และได้เข้าใจว่าไม่มีการรับรองใดๆจากแพทย์ ดังข้อมูลข้างต้นที่กล่าวมา

ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการวินิจฉัย

ชื่อผู้ป่วย \_\_\_\_\_

หมายเลขบัตรประชาชน : \_\_\_\_\_

ผู้รับรอง \_\_\_\_\_

ความสัมพันธ์ : \_\_\_\_\_

หมายเลขบัตรประชาชน : \_\_\_\_\_

ชื่อ/สกุล : \_\_\_\_\_

( ผู้รับรองหรือญาติผู้ป่วย )

วันที่ : \_\_\_\_\_