

หนังสือแจ้งความยินยอมการตรวจหลอดเลือดตีบ

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว _____) ยืนยันในความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
ผู้ป่วยได้ยินยอม ลงชื่อ _____ (หมายเลขบันทึกทางการแพทย์ _____) ในการดำเนินการ
ตรวจรักษาในครั้งนี้ หากมีเหตุฉุกเฉินเกิดขึ้นผู้ป่วยมีความยินยอมและเห็นด้วยที่จะเข้ารับการปฏิบัติตามขั้นตอนฉุกเฉิน
ถึง:

_____ โรงพยาบาล

1. ข้าพเจ้า

A. ชื่อผู้ป่วย _____ (ตัวพิมพ์) (ผู้ป่วยต้องตระหนักมีสติและต้องอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ลงชื่อ _____ (ลายเซ็น) หมายเลขประจำตัวประชาชน หรือหนังสือเดินทาง: _____

วันเดือนปีเกิด: _____ (M) / (D) / (Y) หมายเลขโทรศัพท์: _____

ที่อยู่: _____

B. ลงนามญาติหรือเพื่อน _____ (ตัวพิมพ์)

(ลำดับความสำคัญคือ คู่สมรส บิดมารดา บุตรที่บรรลุนิติภาวะ หรือพี่น้อง ปู่ย่าตายาย หรือญาติ ๆ เพื่อน)

อายุ: _____

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน _____ หมายเลขหนังสือเดินทาง: _____ หมายเลขโทรศัพท์: _____

ที่อยู่: _____

2. พยาน

A. หากผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจรายละเอียดหรือต้องการความช่วยเหลือจากอาสาสมัครเพื่อขอคำอธิบาย

กรุณาลงนามที่นี่ _____ (อาสาสมัคร)

B. เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถลงนามได้ต้องพิมพ์ลายนิ้วมือไว้แทน และ ต้องมีลายเซ็นของพยานสองคน

ชื่อ (ตัวบรรจง): _____ ลายเซ็น: _____

ชื่อ (ตัวบรรจง): _____ ลายเซ็น: _____

หมายเหตุ:

1. ตามกฎหมายทางการแพทย์ในการผ่าตัดหรือใช้ยาทุกครั้งต้องได้รับการยินยอมก่อนที่จะดำเนินการดังกล่าวและก่อนที่จะเซ็นแบบฟอร์มฉบับนี้ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับแจ้งเกี่ยวกับสาเหตุและขั้นตอนความสำเร็จและภาวะแทรกซ้อนรวมถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ได้ อย่างไรก็ตามหากการดำเนินการผ่าตัดเกิดเหตุฉุกเฉินฉุกเฉินผู้ป่วยต้องเซ็นยินยอมตามขั้นตอนของแพทย์
2. ก่อนที่จะลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมญาติต้องทำความเข้าใจอย่างชัดเจนและครบถ้วน
3. หากผู้ป่วยที่ไม่บรรลุนิติภาวะหรือผู้ป่วยที่ไม่ได้สติควรให้ผู้ติดตามหรือญาติลงนามได้
4. ลายเซ็นตราประทับหรือรอยนิ้วมือทั้งหมดมีความสำคัญมากโดยเฉพาะการประทับลายนิ้วมือต้องมีลายเซ็นพยานสองคน
5. เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ทันเวลาแบบฟอร์มความยินยอมที่ลงนามจะยังคงมีผล