

ชื่อ/สกุล : เลขทะเบียนผู้ป่วย:
อายุ: แผนก: เลขเตียง. ชาย/หญิง

หนังสือแสดงความยินยอมการใช้ยาระงับความรู้สึก

การระบุประเภทของยาระงับความรู้สึก :

ชื่อวิสัญญีแพทย์ : _____

คำแนะนำในการใช้ยาระงับความรู้สึก :

การใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วไป การใช้ยาระงับความรู้สึกบางส่วน การใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน การใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่

คำชี้แจง :

1. แพทย์ได้ทำการประเมินผลการใช้ยาระงับความรู้สึกก่อนเข้าผ่าตัดเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
2. แพทย์ได้อธิบายข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการใช้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยทั้งหมดอย่างละเอียดแล้ว โดยเฉพาะข้อควรระวังต่อไปนี้:
 - ขั้นตอนในการใช้ยาระงับความรู้สึก
 - ความเสี่ยงในการใช้ยาระงับความรู้สึก
 - อาการที่อาจเกิดขึ้นหลังการใช้ยาระงับความรู้สึก (แพทย์ได้มอบเอกสารการใช้ยาระงับความรู้สึกและอาการที่เกี่ยวข้องในการใช้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว)
 - การดมยาสลบอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับสถานการณ์ทางคลินิกในระหว่างการผ่าตัด
 - วิธีการระงับความรู้สึกที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงนั้นก็จะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในระหว่างการผ่าตัดของทางคลินิก
3. แพทย์ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปรึกษาและถามข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการใช้ยาระงับความรู้สึกและผู้ป่วยได้รับการตอบกลับดังต่อไปนี้
 - (a) _____
 - (b) _____
 - (c) _____

1.ภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียง :

อัตราการกำเริบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีดังต่อไปนี้:

ระยะเวลาการกำเริบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	อัตราการกำเริบของกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังผ่าตัด
ภายในสามสัปดาห์	37%
สามถึงหกเดือน	16%
หลังหกเดือน	5%

*หากการประเมินผลก่อนการผ่าตัด ต้องเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การตรวจและการจัดการการดูแลบำบัดหลังผ่าตัดที่สมบูรณ์แบบก็จะสามารถลดการกำเริบได้

2.ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอด (หรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว) หรือได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องและปอด หรือสูบบุหรี่หรือโรคอ้วน หรือผู้ป่วยที่มีอายุ60ขึ้นไป

หากขยายเวลาในการระงับความรู้สึกอาจทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น การขาดออกซิเจน หรือร่างกาย มีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์สูงเกินรวมถึงการติดเชื้อในปอด ฯลฯ นอกจากนี้ยังอาจต้องใส่ท่อช่วยในการหายใจด้วย(ความเสี่ยงในการใส่ท่อช่วยหายใจจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค อาจใช้1.5ถึง10ครั้ง)

3. หากอาการของผู้ป่วยเลวร้ายลงหรือเกิดอาการช็อคหรือมีโรคหลอดเลือดหัวใจโรคปอดหรือโรคเกี่ยวกับระบบการไหลเวียนโลหิตและโรคอื่น ๆ ที่ไม่ร้ายแรง หรือผู้ป่วยสูงอายุ หรือระบบไหลเวียนโลหิตไม่ปกติ และมีปัญหาเกี่ยวกับตับและไต หรือความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ อาการดังกล่าวอาจต้องย้ายเข้าห้อง

ผู้ป่วย _____ (ผู้ป่วยหรือญาติในครอบครัว)มีส่วนร่วมในการอภิปรายผลของภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงของการระงับความรู้สึก ข้าพเจ้าได้เข้าใจผลลัพธ์และคำอธิบายของวิสัญญีแพทย์ ข้าพเจ้ามียินยอมลงนามและพร้อมจะเก็บหนังสือยินยอมฉบับนี้ไว้

ลายเซ็นของบุคคลที่ได้รับความยินยอม: _____

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย: _____

ลายเซ็นของพยาน (เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือญาติในครอบครัวผู้ป่วย): _____

ลายเซ็นของวิสัญญีแพทย์: _____

วันที่: _____ / _____ / _____

เวลา : _____ : _____