

หนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าฟอกไต

เลขทะเบียนผู้ป่วย:

ชื่อ/สกุล:

ห้อง:

หน้า:

สำหรับการฟอกไตหรือภาวะไตวายเฉียบพลันแพทย์ได้อธิบายถึงความเสี่ยงและประสิทธิภาพในการรักษาในการฟอกไตหรือภาวะไตวายเฉียบพลัน และผู้ป่วยได้เข้าใจในข้อมูลข้างต้นเรียบร้อยแล้ว แพทย์ได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในประสิทธิภาพและความเสี่ยงรวมถึงผลข้างเคียงที่จะประสบลำบากของกระบวนการรักษาในครั้งนี้(ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในช่วงพักฟื้น) รวมถึง ข้อมูล ดังต่อไปนี้:

ความเสี่ยงและผลข้างเคียง : การฟอกไตต้องการเข้าถึงหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีการฟอกเลือดในระยะยาวจำเป็นต้องผ่าตัดช่องทรวงอก ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการฟอกไตแบบเฉียบพลันต้องปลูกถ่ายด้วยสวนหลอดเลือดแดงแบบชั่วคราว ภาวะแทรกซ้อนของการสวนหลอดเลือดอาจมีเลือดออกการอุดตันหรือการติดเชื้อ ระหว่างการฟอกเลือดความดันเลือดต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบได้บ่อยที่สุด และมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น อาการตะคริวขาความไม่สมดุลและอาการแพ้ต่อเครื่องฟอกไต

ประสิทธิภาพ: การระบายน้ำสิ่งที่สามารถย่อยสลายได้ง่ายเช่นสารพิษในปัสสาวะเครื่องฟอกเลือดสามารถช่วยบรรเทาอาการของพิษในเลือดที่เกิดจากสาร ได้แก่ ยูเรีย ครีตินิน หรือกรดยูริก ซึ่งเป็นสารที่ควรจะขับออกทางปัสสาวะ แต่กลับไปตกค้างอยู่ในเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสารยูเรียและช่วยปรับความสมดุลของของเหลวในร่างกายได้

การรักษาทางเลือก (รวมทั้งความเสี่ยงผลข้างเคียงและประสิทธิภาพ):

การฟอกไตในช่องท้องเกี่ยวข้องกับการฉีดยาบรรจุกลูโคสลงในช่องท้อง 1 ถึง 3 ชั้นและปล่อยให้ของเหลวอยู่ในนั้นประมาณ 2 ถึง 4 ชั่วโมง

แพทย์ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปรึกษาและถามข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการใช้ยาจะรับความรู้สึกและผู้ป่วยได้รับการตอบกลับดังต่อไปนี้

ลายเซ็นของแพทย์ที่เข้าร่วมดำเนินการหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ได้รับอนุญาต วันที่

ลงชื่อและหมายเลขประจำตัว

หากมีผู้ตัดสินใจในการตรวจรักษาแทนผู้ป่วย แพทย์ควรยืนยันว่าผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้

คำยืนยันของแพทย์ที่เข้ารับการรักษา

แพทย์ได้ตรวจสอบและยืนยันว่าผู้ป่วยรายนี้ขาดความสามารถในการตัดสินใจ

ตามข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นได้ตรวจสอบและพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยรายนี้ขาดความสามารถในการตัดสินใจ โดยมีการยืนยันจากแพทย์ที่ทำการดูแลรักษาส่วนบุคคล จึงได้มีผู้ตัดสินใจลงชื่อแทนเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับรักษา ส่วนทางแพทย์ต้องมีการบันทึกลงในเวชระเบียน หากญาติของผู้ป่วยได้ตกลงและยินยอมให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาญาติจะต้องมีการลงชื่อในหนังสือยินยอมฉบับนี้

ลายเซ็นของแพทย์ที่เข้ารับการรักษา _____ วันที่ _____

ลงชื่อและหมายเลขประจำตัว _____ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย _____