

หนังสือแสดงความยินยอมตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

เลขทะเบียนผู้ป่วย:	อายุ:
ชื่อ:	<input type="checkbox"/> เพศชาย <input type="checkbox"/> เพศหญิง
หมายเลขเตียง:	<input type="checkbox"/> บัตรสุขภาพจ่ายชำระ
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยจ่ายชำระ	

ชื่อ/สกุลผู้ป่วย: _____

เลขทะเบียน: _____

วันเดือนปีเกิด: ____ วัน ____ เดือน ____ ปี

แพทย์ผู้วินิจฉัย: _____

การวินิจฉัยทางคลินิก: _____

คำชี้แจงของแพทย์:

แพทย์ได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง เหตุผล ขั้นตอน ความเสี่ยงและอัตราความสำเร็จของการตรวจวินิจฉัย(บำบัด, รักษา) ในลักษณะที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจวินิจฉัย(บำบัด, รักษา)และแพทย์ยังได้อธิบายข้อมูลเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

1. หากไม่เข้ารับการตรวจวินิจฉัย(บำบัด, รักษา) ผลที่ตามมา และอาจต้องเลือกรักษาทางอื่น
2. คาดว่าอาการชั่วคราวหรือถาวรหลังการตรวจ(บำบัด, รักษา)
3. แพทย์ได้อธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวเข้าตรวจวินิจฉัย(บำบัด, รักษา)กับผู้ป่วยแล้ว
4. แพทย์ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย (บำบัด, รักษา) ทั้งหมดอย่างละเอียด:

(1) _____

(2) _____

ลายเซ็นแพทย์: _____

คำชี้แจงของผู้ป่วย:

1. ผู้ป่วยได้เข้าใจคำอธิบายของแพทย์ในการรักษาและความเสี่ยงรวมถึงอัตราความสำเร็จของการตรวจวินิจฉัย(บำบัด, รักษา)
2. ผู้ป่วยได้เข้าใจคำอธิบายของแพทย์ในขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยโรคในทางเลือกอื่น
3. ผู้ป่วยได้เข้าใจคำอธิบายของแพทย์หลังการตรวจวินิจฉัย(บำบัด, รักษา)และความเสี่ยงที่ไม่เข้ารับการรักษา
4. ผู้ป่วยได้ขอคำปรึกษาจากแพทย์ในความกังวลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย(บำบัด, รักษา)และแพทย์ได้ให้คำตอบอย่างละเอียด
5. ผู้ป่วยรับทราบการวินิจฉัย(บำบัด, รักษา)ในครั้งนี้คงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดที่ตนตอนนี้และเข้าใจในการตรวจวินิจฉัยวิธีนี้อาจจะไม่ช่วยให้หายเป็นปกติได้

ข้าพเจ้ายินยอมเข้ารับการตรวจวินิจฉัย(บำบัด, รักษา)ตามขั้นตอนที่กล่าวมาข้างต้น

ผู้มอบอำนาจลงนาม:

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย:

ที่อยู่:

โทรศัพท์:

วันที่: วัน เดือน ปี เวลา: : นาที

พยานลงนาม:

เลขบัตรประชาชน:

วันที่: วัน เดือน ปี เวลา: : นาที

หมายเหตุ:

I. หากผู้ป่วยไม่สามารถลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมนี้ โปรดระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

II. หากไม่มีพยานเซ็น กรุณาเว้นช่องลงชื่อได้

หนังสือแสดงความยินยอมตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

เลขทะเบียนผู้ป่วย:	อายุ:
ชื่อ:	<input type="checkbox"/> เพศชาย <input type="checkbox"/> เพศหญิง
หมายเลขเตียง:	<input type="checkbox"/> บัตรสุขภาพ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยชำระเอง

I. คำแนะนำ

- วัตถุประสงค์ของการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์คือการสร้างภาพจากร่างกายมนุษย์โดยใช้เลเซอร์เอ็กซ์เรย์ดิจิทัล รวมถึงภาพตัดขวาง และภาพสเตอริโอ 3D เพื่อตรวจจับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับโรค
- ในกรณีพิเศษแพทย์จะต้องใช้การฉีด "สารทึบแสง" ทางเส้นเลือดเพื่อเพิ่มความชัดเจนของการวินิจฉัยโรคมามากยิ่งขึ้น ถ้าไม่ฉีดสีอาจมองข้ามตำแหน่งของโรคส่งผลการตรวจผิดพลาดได้
- หากผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยา ภูมิแพ้ หรือมีโรคประจำตัวต้องเข้าปรึกษาแพทย์และตรวจร่างกายตามขั้นตอนก่อนกรอกแบบฟอร์มแจ้งการยินยอม
- หากผู้ป่วยไม่ต้องการใช้ "สารทึบแสง" ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการเข้าตรวจขั้นพื้นฐานแทนการฉีดสารทึบแสง ดังนั้นผู้ป่วยต้องแจ้งให้แพทย์ทราบล่วงหน้า และไม่ต้องกรอกแบบฟอร์มแจ้งการยินยอม
- การฉีดสี "สารทึบแสง" มีผลข้างเคียงเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามจะไม่รวมค่าใช้จ่ายในบัตรประกันสุขภาพ ผู้ป่วยต้องจ่ายชำระด้วยตนเอง

II. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการฉีดสี "สารทึบแสง"

- หลังจากฉีดสี "สารทึบแสง" ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกอ่อนวูบวาบหรือคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะและจาม อาการเหล่านี้มักจะหายไปภายในระยะเวลาสั้น ๆ
- ผู้ป่วยที่มีโรคภูมิแพ้อาจพบอาการรุนแรง เช่น ลมพิษ มีอาการหนาวสั่นหรือหายใจลำบาก
- ผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายผิดปกติอาจพบอาการบวมที่คอ, โรคหอบหืด, ความดันโลหิตต่ำ, หัวใจและปอดล้มเหลว ช็อกและเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้

4. อาการไม่พึงประสงค์และปฏิกิริยาของระบบร่างกายอย่างรุนแรงมีประมาณ 3.1% ถึง 12.7% และ 0.04% เป็น 0.2%
ลำดับอัตราการเสียชีวิตมีประมาณ 0.001%

5. เมื่อผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ อาจจะมีแนวโน้มที่แพ้สารทึบแสงอย่างรุนแรง: มีประวัติของอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการฉีดยาสารทึบแสง การทำงานของโรคไตเสื่อม โรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด มะเร็ง โรคภูมิแพ้และต่อมไทรอยด์อักเสบ เซลล์เนื้องอก ปอดผิดปกติขั้นรุนแรง (โรคปอดบวม น้ำท่วมปอด โรคหอบหืด) หลอดเลือดหัวใจขั้นรุนแรง (หัวใจเต้นแรงผิดปกติถึงขั้นหัวใจล้มเหลวหรือไม่เสถียร) หากผู้ป่วยอายุเกิน 70 ปี ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบถึงสภาพร่างกายล่วงหน้า ก่อนที่จะเข้ารับการรักษา

II. การวิจัยล่าสุดในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและใช้ยาลดน้ำตาล (เมทฟอร์มิน) จะส่งผลให้การฉีดสีตกค้างอยู่ในไตสูง อาจก่อให้เกิดภาวะไตวายได้ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจะต้องหยุดใช้ยาเป็นเวลา 2 วันก่อน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดสีตกค้าง

IV. กรุณาสวมใส่เสื้อผ้าหลวม สบาย และห้ามสวมใส่เสื้อผ้าที่มีซิปหรือเสื้อเชิ้ตที่มีกระดุม ผู้ป่วยหญิงควรหลีกเลี่ยงการใส่ชุดชั้นในที่มีเหล็กคั่น ก่อนเข้าตรวจผู้ป่วยต้องปลดวัตถุที่เป็นโลหะทั้งหมดออกเช่นเงินเหรียญ กุญแจ สร้อยคอ แหวน เป็นต้น