

หนังสือแสดงความยินยอมและข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารทึบรังสีเอกซเรย์

ชื่อ: เลขทะเบียนผู้ป่วย
อายุ:
แผนก: หมายเลขเตียง: ชาย / หญิง

ข้อมูลต่อไปนี้เกี่ยวกับประโยชน์และความเสี่ยง รวมทั้งทางเลือกอื่นกับในขั้นตอนการผ่าตัด(หรือการปฏิบัติทางการแพทย์)ที่อาจเกิดขึ้น แพทย์ขอแนะนำให้ผู้ป่วยอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดหากมีข้อสงสัยใดๆ กรุณาปรึกษาแพทย์ก่อนตัดสินใจลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมนี้ แพทย์ยินดีที่จะตอบปัญหาและไขข้อสงสัยทุกประการ

ขั้นตอนการรักษาทางการแพทย์:

การฉีดสารทึบรังสีเอกซเรย์:

ประโยชน์และความเสี่ยงของขั้นตอน:

การฉีดสารทึบรังสีสามารถป้องกันรังสีเอกซเรย์และช่วยให้การมองเห็นเนื้อเยื่อได้ชัดเจน การฉีดสารทึบรังสีจะกระทำเมื่อมีการตรวจวินิจฉัยหาโรคด้วยการฉายแสงเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และการฉีดสีเข้าเส้นเลือดเพื่อตรวจหาโรคในหลอดเลือดดำเนื่องจากสภาวะร่างกายส่วนบุคคลที่มีปฏิกริยาที่ไม่พึงประสงค์แตกต่างกันไปและการออกฤทธิ์ของสารทึบรังสียกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับสารทึบรังสีไอโอดีนแม้จะมีประโยชน์แต่มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงอาทิมีอาการร้อนวูบวาบ อาการลมพิษ ผื่นคัน และอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตจะแตกต่างกันไปตามสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล โดยอัตราการเสียชีวิตจากการที่ได้รับสารทึบรังสีชนิดแตกตัวมีประมาณ 1 ใน 15,000 ~ 170,000 เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหากมีประวัติโรคหอบหืดและโรคภูมิแพ้หรือมีปฏิกริยาที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้สารทึบแสงหรือโรคหัวใจ การขาดน้ำ โรคเม็ดเลือด เซลล์เนื้อเยื่อ หรือมีประวัติของต่อมไทรอยด์เป็นพิษและโรคไตเรื้อรัง หากเกิดปฏิกริยาที่ไม่พึงประสงค์กรุณาแจ้งให้แพทย์ทราบล่วงหน้า

สำหรับการจ่ายชำระด้วยบัตรสุขภาพจะใช้ได้ในสารทึบแสงชนิดแตกตัวเท่านั้นหากผู้ป่วยต้องการใช้ยาชนิดที่ไม่แตกตัวที่มีผลข้างเคียงน้อยและปลอดภัยจริงต้องชำระค่าใช้จ่ายเอง

※ เนื่องจากขั้นตอนการตรวจแต่ละครั้งแตกต่างกัน ค่าใช้จ่ายในการใช้สารทึบรังสีแต่ละครั้งจึงแตกต่างกันไปด้วย

※ แม้ว่าสารทึบแสงรุ่นล่าสุดมีความเสถียรและปลอดภัย แต่หากเป็นผู้มีภาวะไตบกพร่อง อาจเป็นอันตรายผู้ป่วยได้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะแนะนำให้ผู้ป่วยวัดค่าครีเอตินินก่อนการฉีดสารทึบดังกล่าวเป็นเวลา 1 หนึ่งเดือนเพื่อการคำนวณหาอัตรากรองของไต หากอัตราการกรองของไตต่ำมีความเสี่ยงเป็นโรคไตเทียมที่เกิดจากสารทึบไอโอดีนสูง สำหรับผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการใช้สารทึบแสง: เช่นในร่างกายนผู้ป่วยมี(ระดับซีรัม-ครีเอตินิน ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและโรคเบาหวาน)ภาวะบวมหน้าและภาวะหัวใจล้มเหลวหรือ หากผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปี การให้ยาล้างพิษหรือด้านการอักเสบของไตมากเกินไป ยกเว้นผู้ป่วยมีการฟอกไตภายใน 24 ชั่วโมง แพทย์จะแนะนำให้ใช้การตรวจด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ชนิดอื่นเช่นการฉายรังสีเอกซเรย์ สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจะเป็นอันตรายจากการใช้สารทึบรังสี แพทย์จะต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยได้หยุดใช้ยาที่ล้างพิษไตอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการขับน้ำก่อนการใช้สารทึบรังสี และก่อนใช้สารทึบรังสี ผู้ป่วยจะต้องลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมทุกครั้ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงแพทย์จะแนะนำให้เข้าตรวจ ติดตามผลและประเมินทางคลินิกเป็นเวลาหลายวัน

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วย

- แพทย์ได้อธิบายถึงวิธีการรักษาอย่างละเอียดในความจำเป็นและขั้นตอนอัตราความสำเร็จและความเสี่ยงในการรักษารวมถึงความเสี่ยงเฉพาะที่รวมถึงความเสี่ยงของแต่ละบุคคลและข้อมูลอื่น ๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด
- แพทย์ได้อธิบายถึงผลลัพธ์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่เข้ารับการผ่าตัดในครั้งนี้และผู้ป่วยได้เข้าใจดีทุกอย่าง
- แพทย์ได้อธิบายถึงตัวเลือกการรักษาที่เกี่ยวข้องและความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องและผู้ป่วยได้เข้าใจดีทุกอย่าง
- แพทย์ได้อธิบายถึงการวินิจฉัยโรคและความเสี่ยงของการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนและผู้ป่วยได้เข้าใจดีทุกอย่าง
- ผู้ป่วยสามารถที่จะสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาและความเสี่ยงรวมถึงตัวเลือกในการรักษา แพทย์ได้ชี้แจงอย่างละเอียดแล้วและผู้ป่วยก็มีความพึงพอใจในคำตอบที่ได้รับจากแพทย์

【เฉพาะเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์】

สารครีเอตินีนล่าสุด (Cr.) ของผู้ป่วยสูง: ____ มิลลิกรัม/เดซิลิตรmg/dl; อัตราการกรอง: _____

อัตราการกรองสารCockcroft-Gault : $GFR = (140 - \text{อายุ}) * \text{น้ำหนัก} / 72 * Cr.\text{สารครีเอตินีน}$; เพศหญิง $GFR * 0.85$ วันที่ตรวจสอบ:
_____ วัน _____ เดือน _____ ปี

คำแนะนำเพิ่มเติมจากแพทย์: _____

ได้รับทราบถึงภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงของการใช้สารทึบรังสีไอโอดีน โดยการอธิบายและตอบข้อสงสัยจากผู้เชี่ยวชาญ

ข้าพเจ้ายินยอมและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมฉบับนี้และได้เก็บรักษาสำเนาอีกฉบับไว้กับตนเรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระค่าใช้จ่ายเพิ่ม

- การชำระค่าใช้จ่ายการใช้สารทึบรังสีชนิดแตกตัว(บัตรประกันสุขภาพ)
- การชำระค่าใช้จ่ายการใช้สารทึบแสงชนิดไม่แตกตัว(ผู้ป่วยชำระค่าใช้จ่ายเอง)

ผู้ป่วยลงชื่อ: _____

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย: _____

พยานลงชื่อ (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหรือญาติผู้ป่วย): _____

แพทย์ลงชื่อ: _____

วันที่: ____/____/____

เวลา: _____ : _____