

หนังสือแสดงความยินยอมการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง

เลขทะเบียนผู้ป่วย

ชื่อ /สกุล

ห้องผู้ป่วย

หน้า

นาย/นาง/นางสาว \_\_\_\_\_

เลขทะเบียนผู้ป่วย : \_\_\_\_\_ ได้รับทราบเกี่ยวกับขั้นตอนเกี่ยวกับการส่องกล้องระบบ

ทางเดินอาหารส่วนล่างโดยการอธิบายและตอบข้อสงสัยจากแพทย์ที่รักษา \_\_\_\_\_ (ลายเซ็นแพทย์  
และวันที่)

ข้อมูลแจ้งขั้นตอนการรักษามีดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ของการตรวจ ระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง(ลำไส้ใหญ่)อาจมีภาวะแทรกซ้อนที่  
เกิดขึ้นได้ และควรทำการการตรวจทั้งสองประเภทดังนี้

1. การตรวจปลายลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย : การตรวจเริ่มจากทวารหนักและค่อยๆสอดไปตาม

ทิศทางของปลายลำไส้จนถึงต้นลำไส้ ความยาวประมาณ60เซนติเมตร

2. การส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ : ควรตรวจทุกส่วนของลำไส้ใหญ่(ทวารหนักถึงลำไส้ใหญ่) ก่อน  
รับการตรวจจำเป็นต้องใช้ยาระบายเพื่อระบายและชำระอุจจาระในลำไส้ใหญ่ และก่อนเข้าส่องกล้อง 3  
วันควรรับประทานอาหารรสจืด หรืออาหารเหลวที่ดูดซึมได้ง่าย หากมีอาการไม่พึงประสงค์จากยาระบาย  
กรุณาแจ้งให้แพทย์ทราบล่วงหน้า

การส่องกล้องใช้เวลาประมาณ10ถึง60นาทีขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายแต่ละบุคคล แพทย์จะเริ่มสอดกล้องเข้า  
ทางทวารหนักแล้วค่อยสอดเข้าไปตามผนังของลำไส้ใหญ่

**ประโยชน์ :** (เมื่อผ่านการตรวจเช็คร่างกายในครั้งนี้ก็จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม  
แพทย์และทางโรงพยาบาลไม่มีการผลหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น)

การส่องกล้องสามารถวินิจฉัยโรคทางเดินอาหารได้โดยตรงเป็นการตรวจหาสาเหตุที่มีเลือดออก หากลำไส้  
ใหญ่ไม่ทำความสะอาดอย่างทั่วถึงการตรวจจะไม่มีประสิทธิภาพ

**ความเสี่ยง:** (การตรวจรักษาหรือผ่าตัดทุกครั้งย่อมมีความเสี่ยง) ความเสี่ยงที่ระบุข้างต้นที่พบได้บ่อยและความเสี่ยงที่แพทย์ไม่มีการยืนยันหรือคาดเดาได้ แต่โดยทั่วไปการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารค่อนข้างปลอดภัยอย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยไม่กี่รายที่มีอาการท้องอืด ปวดท้อง และมีอาการรุนแรง

ในกรณีถ้าได้เป็นแผลจำเป็นต้องมีการผ่าตัดฉุกเฉิน หากผู้ป่วยใช้ยาแอสไพริน ยาแก้ปวดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาหารเสริมธาตุเหล็กและสารอินซูลินก่อนรับการส่องกล้องควรปรึกษาแพทย์และรับคำแนะนำในการใช้ยา

**ความเสี่ยง:** (การดำเนินการทั้งหมดมีความเสี่ยงบางประการความเสี่ยงที่ระบุไว้ในส่วนนี้มักเป็นความเสี่ยงที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้นในการผ่าตัดและแพทย์ไม่สามารถระบุได้)

โดยทั่วไปกานส่องกล้องระบบทางเดินอาหารมีความปลอดภัยมาก อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยไม่กี่รายที่จะมีอาการท้องอืดท้องเพื่อปวดท้องหรือถ้าได้เป็นแผล ในบางกรณีที่หายากหรืออาการรุนแรงอาจต้องผ่าตัดฉุกเฉิน หากผู้ป่วยใช้ยาแอสไพรินยาหรือยาแก้ปวดโปรดปรึกษาแพทย์เพื่อทำการปรับขนาดยาก่อนการเข้าตรวจ

**ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในขณะดำเนินการตรวจ :**

1. การตัดชิ้นเนื้อ-โดยการใช้การส่องกล้องตรวจและขลิบชิ้นเนื้อเพื่อนำไปตรวจ โอกาสที่จะมีเลือดออกหรือเกิดบาดแผลมีอัตรา 0.1%
2. การกำจัดติ่งเนื้อ-โดยวิธีการใช้เครื่องไฟฟ้าจี้ติ่งเนื้อหรือเนื้อที่งอกออกมา โอกาสที่จะมีเลือดออกหรือเกิดบาดแผลมีอัตรา 0.2%
3. การห้ามเลือด-โดยการฉีดยาเฉพาะจุดในกระเพาะที่มีแผลและทางทวารหนักที่มีเลือดออก เช่น การมัดเส้นเลือดหรือคีมหนีบจะช่วยในการหยุดเลือดได้

การตรวจส่องกล้องโดยวิธีอื่นๆ : (สำหรับขั้นตอนทางการแพทย์และทางเลือกอื่น ๆ หากผู้ป่วยไม่ยอมเข้าตรวจรักษาอาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพ โปรดพิจารณาอย่างรอบคอบ ผู้ป่วยควรเข้ารับคำปรึกษาข้อคำแนะนำจากแพทย์ในการตัดสินใจ)

ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การตรวจด้วยรังสีแบเรียมทางทวารหนัก และการตรวจ CT ช่องท้อง หรือกระดูกเชิงกราน หรือฉีดสีเข้าเส้นเลือด

ข้อมูลอื่นๆที่สำคัญ :

หากผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายในระหว่างการตรวจหรือหลังการรักษาโปรดแจ้งให้เจ้าหน้าที่ของทางโรงพยาบาลให้ทราบทันที ผู้ป่วยที่ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจภายในหนึ่งสัปดาห์ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักและหลีกเลี่ยงอาหารทะเลดิบและอาหารที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดอาการท้องร่วง หลังจากการตรวจรักษาหากผู้ป่วยมีอาการปวดท้องท้องร่วง อาเจียนหรือผิดปกติ ต้องรีบไปพบแพทย์หรือติดต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทันที  
หลังเข้ารักษาแล้วควรปรึกษาแพทย์เพื่อวางแผนการบำบัดรักษา

การลงชื่อในเอกสารฉบับนี้แสดงว่า ผู้ป่วยรับทราบขั้นตอนและวิธีการตรวจ รวมถึงความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากแพทย์ซึ่งได้อธิบายและตอบข้อสงสัยอย่างละเอียด ตลอดจนรับทราบถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัดและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่งการตรวจรักษาอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามการดำเนินโรคโดยแพทย์จะปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อประโยชน์ในการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วยให้

ทันที

ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจรักษาโดยการอธิบายและตอบข้อสงสัยจากแพทย์ตาม  
เนื้อหาข้างต้น

ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการตรวจรักษาตามขั้นตอนข้างต้น.

ชื่อ /สกุลผู้ป่วย(ตัวเต็ม) \_\_\_\_\_

เลขบัตรประชาชน: \_\_\_\_\_

ญาติของผู้ป่วย (ตัวเต็ม) \_\_\_\_\_

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย: \_\_\_\_\_

เลขบัตรประชาชน: \_\_\_\_\_

ลงชื่อ: \_\_\_\_\_

(ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย)

วันที่: \_\_\_\_\_