

หนังสือแสดงความยินยอมการตรวจระบบทางเดินอาหารและชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

เลขทะเบียนผู้ป่วย

ชื่อ/สกุล

ห้องผู้ป่วย

หน้า

หนังสือแสดงความยินยอมในการตรวจระบบทางเดินอาหารและเนื้อเยื่อทางพยาธิวิทยาที่ไม่แสดงอาการ

ขอแนะนำกรุณาอ่านข้อมูลอย่างละเอียด หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างละเอียด ก่อนตัดสินใจลงนามในเอกสารยินยอมนี้ แพทย์ยินดีที่จะตอบปัญหาและให้คำปรึกษา

การตรวจ: ระบบทางเดินอาหาร

ข้อควรปฏิบัติ

1. กรุณาปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารและใช้ยาล้างลำไส้และต้องท้องว่างก่อนรับการตรวจ
2. โปรดกรอกข้อมูลและนำเอกสารฉบับนี้มาในวันตรวจรักษา
3. การเตรียมความพร้อมในการตรวจแพทย์จะใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ กรุณากรอกใบยินยอมในการใช้ยา หากมีโรคประจำตัว หรือโรคหัวใจโปรดแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลทราบล่วงหน้าก่อนเข้าตรวจและควรมีญาติมาด้วย.

การตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

ผู้ป่วย นาย/นาง/นางสาว _____ ตกลงยินยอมรับการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

หากแพทย์พบว่ามีความผิดปกติของร่างกายในขณะที่อยู่ภายใต้การใช้ยาสลบหรือ ระหว่างการผ่าตัด

ผู้ป่วยยินยอมเข้าตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ผู้ป่วยรับทราบค่าใช้จ่ายในการเข้าตรวจครั้งนี้เป็น จำนวนค่าใช้จ่าย 1,300

เหรียญ ได้หวั่น นอกจากนี้ยังมีค่าตรวจหาเชื้อ จำนวน 300 เหรียญ ได้หวั่น

ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจจะทำแทนผู้ป่วย:

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย:

ลายเซ็นของพยาน (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/ หรือญาติผู้ป่วย):

ลายเซ็นของแพทย์:

วันที่: ____/____/____

เวลา: ____/____/____