

หนังสือแสดงความยินยอมการตรวจเอ็มอาร์ไอ MRI

เลขทะเบียนผู้ป่วย:

อายุ:

ชื่อ:

เพศชาย

เพศหญิง

หมายเลขเตียง:

บัตรสุขภาพ

ผู้ป่วยชำระเอง

ชื่อ/สกุล: _____

เลขทะเบียนผู้ป่วย: _____

วันเกิด: วัน _____ เดือน _____ ปี _____

แพทย์ที่รักษา: _____

การวินิจฉัยทางคลินิก: _____

คำชี้แจงของแพทย์

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

1. หากไม่เข้ารับการตรวจวินิจฉัย(บ้ำบัด, รักษา) ผลที่ตามมา และอาจต้องเลือกรักษาทางอื่น
2. จากการตรวจคัดว่าอาจเป็นอาการชั่วคราวหรือถาวร
3. แพทย์ได้อธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวเข้าตรวจวินิจฉัย(บ้ำบัด, รักษา)กับผู้ป่วยแล้ว
4. แพทย์ได้เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย (บ้ำบัด, รักษา) ทั้งหมดอย่างละเอียด:
(1) _____
(2) _____

ลายเซ็นแพทย์ _____

คำชี้แจงของผู้ป่วย

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจขั้นตอน ความเสี่ยงและอัตราความสำเร็จของการตรวจวินิจฉัย(บ้ำบัด,รักษา)จากแพทย์อย่างละเอียด
2. ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยโรคในทางเลือกอื่น
3. แพทย์ได้อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจในสถานการณ์หลังการตรวจวินิจฉัยและความเสี่ยงที่ไม่เข้ารับการรักษา
4. ผู้ป่วยได้ขอคำปรึกษาจากแพทย์ในความกังวลกับปัญหาเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย(บ้ำบัด,รักษา)และแพทย์ได้ให้คำตอบอย่างละเอียด
5. ผู้ป่วยรับทราบการตรวจวินิจฉัย(บ้ำบัด,รักษา)ในครั้งนี้เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดและผู้ผู้ป่วยได้รับรู้ในการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีนี้อาจจะไม่ช่วยให้หายเป็นปกติได้

ข้าพเจ้ายินยอมเข้ารับการตรวจวินิจฉัย(บ้ำบัด, รักษา)ตามขั้นตอนที่กล่าวมาข้างต้น

ลงชื่อ: _____ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย:

ที่อยู่:

วันที่: วัน _____ เดือน _____ ปี _____ เวลา: _____ : _____ นาฬิกา

พยานลงชื่อ: _____ เลขบัตรประจำตัวประชาชน: _____

วันที่: วัน _____ เดือน _____ ปี _____ เวลา: _____ : _____ นาฬิกา

หมายเหตุ:

: หากหนังสือแสดงความยินยอมนี้ลงชื่อโดยบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโปรดระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

: หากไม่มีพยานไม่จำเป็นต้องลงนาม

หนังสือแสดงความยินยอมการตรวจเอ็มอาร์ไอ

เลขทะเบียนผู้ป่วย:

อายุ:

ชื่อ:

เพศชาย

หญิง

หมายเลขเตียง:

บัตรสุขภาพ

ผู้ป่วยชำระเอง

1. การตรวจ MRI โดยการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์คลื่นไฟฟ้าแม่เหล็ก และคลื่นวิทยุจากขดลวดส่งคลื่นความถี่วิทยุไปยังผู้ป่วยสะท้อนไปสร้างภาพกราฟิกในความผิดปกติของอวัยวะภายในร่างกายของมนุษย์
 2. การถ่ายภาพกราฟิกที่เกิดจากการตรวจ MRI จะเห็นความคมชัดของเนื้อเยื่อและอวัยวะที่เป็นโรคได้อย่างแม่นยำมาก โดยการตรวจสอบส่วนตัดขวางจากมุมที่แตกต่างในแต่ละส่วนของอวัยวะ ดังนั้นการตรวจ MRI จึงมีประโยชน์มากสำหรับการวินิจฉัยและรักษาโรคต่างๆ
 3. การเตรียมตัวเข้าตรวจ MRI คือสารกัมมันตรังสีและเป็นการตรวจที่ทันสมัยและมีความปลอดภัยในระดับสูง
 4. คุณสมบัติในการเตรียมตัวเข้าตรวจ MRI หากคนไข้เคยการผ่านตัด โปรดแจ้งให้เจ้าหน้าที่รับทราบ เช่น หลอดเลือดสมองโป่งพอง ติดตั้งเครื่องกระตุ้นหัวใจ หรือการติดตั้งเครื่องกระตุ้น หัวใจเทียม หรืออุปกรณ์อื่นๆที่มีส่วนประกอบของโลหะเหล็กอยู่ภายในหรือภายนอกร่างกาย กรุณาแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือพยาบาลทราบล่วงหน้า
1. การตรวจ MRI มีความเสถียรกับเนื้อเยื่อในร่างกายมนุษย์ปลอดภัยและไม่เป็นอันตราย ตามสถิติอัตราของการเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์และอาการแพ้ที่อาจเกิดในการตรวจ MRI ก่อนข้างน้อย (1.14% ~ 3%) ผลข้างเคียงเหล่านี้ไม่รุนแรงแต่อาจมีรสแปลก ๆ ในช่องปาก หรือคลื่นไส้ ปวดศีรษะ และเวียนศีรษะ อาการไม่พึงประสงค์หรือผลข้างเคียงที่ร้ายแรงอื่น ๆ ได้แก่ กล้ามเนื้อบางส่วนกระตุก ลมพิษ ผื่นคัน ปวดแสบ ใบน้ำแดง เหนืออวัยวะ และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ หายใจติดขัด อาการเหล่านี้เกิดขึ้นค่อนข้างต่ำมาก(อัตราการเกิดอยู่ที่ 0.01 ถึง 0.07%) ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การช็อกหรือเสียชีวิตมีเปอร์เซ็นต์น้อย
 2. กรุณาสวมใส่เสื้อผ้าสบาย ๆ โดยไม่มีซิปหรือกระดุมเหล็ก ผู้ป่วยหญิงไม่ควรใส่ยกทรงที่มีเหล็กติด หากจำเป็นอนุญาตใส่แบบไร้สายที่ไม่มีเหล็กติดเท่านั้น
 3. โปรดปลดวัตถุหรือโลหะทั้งหมด เช่น เหรียญ กุญแจ สร้อยคอ แหวน ฯลฯ ก่อนจะเข้ารับการตรวจ MRI
 4. เพื่อความปลอดภัยในกระบวนการตรวจ MRI ของท่าน โปรดกรอกแบบสอบถามต่อไปนี้และส่งคืนให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์:

ชื่อ		เลขทะเบียนผู้ป่วย		วันที่	วัน เดือน ปี
อายุ	ปี	เพศ	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	น้ำหนัก	กก.
คุณเคยผ่านการผ่าตัดดังต่อไปนี้หรือไม่			คุณมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่		
1. มีการผ่าตัดหัวใจ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			1. มีอาการแพ้ยา	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. มีการติดตั้งเครื่องกระตุ้นหัวใจ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			2. มีวัตถุโลหะในดวงตา	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. มีการติดตั้งลิ้นหัวใจเทียม	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			3. มีการใส่ฟันปลอม	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. มีการผ่าตัดสมอง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			4. มีอาการลมชัก	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5. มีการผ่าตัดหลอดเลือดสมอง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			5. มีการตั้งครัทช์ (หญิง)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6. มีการใช้ hemoclipหนีบเส้นเลือด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			6. มีการใส่เหล็กคามในร่างกาย	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7. มีการใส่หูเทียม	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			<p>ผู้ป่วย (หรือญาติในครอบครัว) ลงชื่อ</p> <p>วันที่: วัน เดือน ปี</p>	
8. มีการติดตั้งวัตถุโลหะต่างๆ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				
9. มีการผ่าตัดกระดูกสันหลัง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				
10. อื่นๆ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				