



โรงพยาบาลจุฬารัตน์

หอผู้ป่วย..... AN..... ชื่อผู้ป่วย..... เพศ..... เดือน.....วัน.....	แพทย์เจ้าของไข้..... 48 ปี 01 ก.พ. 2560 VN: 107 นพ. พิชยา ชานินทร์ธรรมา
---	---

หนังสือแสดงความยินยอมให้แพทย์ หรือคณะผู้รักษาทำหัตถการ หรือการตรวจวินิจฉัย / รักษาวิธีพิเศษ

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 อายุ ปี อยู่บ้านเลขที่
 ทำที่
 วันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ ปี 2560
 48 ปี อยู่บ้านเลขที่ 99/131

ในฐานะผู้ป่วยเอง ญาติผู้มีสิทธิให้ความยินยอม ขอแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจให้แพทย์ หรือคณะแพทย์ และบุคลากรในทีมสุขภาพ
 ของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา นาย / นาง / นางสาว / ด.ช. / ด.ญ.

ตัวข้าพเจ้าเอง ให้ดำเนินการตรวจ / รักษาด้วยวิธี ทั้งนี้ ข้าพเจ้า
 ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับแผนการรับการรักษาของข้าพเจ้า รวมทั้งผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา
 หรือภายหลังการตรวจรักษา เช่น
 1. 3-6 เดือน, 6-9 เดือน, 10-12 เดือน

และแนวทางเลือกอื่นๆ เพื่อการตรวจ / รักษา เช่น
 ซึ่งได้อธิบายแก่ข้าพเจ้าอย่างชัดเจน โดย
 นพ. พิชยา ชานินทร์ธรรมา
 ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ-มะเร็งกระดูก

ข้าพเจ้ามีสติ ตระหนักดีว่า คณะแพทย์ และทีมผู้รักษาพยาบาล ไม่สามารถรับรองได้ถึงผลสำเร็จของการตรวจ / รักษา
 ดังกล่าวทั้งหมดได้ ข้าพเจ้าขอแสดงความ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับการตรวจ / รักษาด้วยวิธีดังกล่าว ซึ่งอาจรวมถึงการใช้ยา
 ความรู้สึก การใช้ยาตามสลับ การให้เลือด และ / หรือ ผลิตภัณฑ์จากเลือด การตรวจเพื่อวินิจฉัย หรือรักษาทางรังสี การตัด เจาะชิ้นเนื้อ หรือ
 ส่วนของอวัยวะ เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเก็บรักษาในธนาคารเนื้อเยื่อเพื่อการวินิจฉัยในอนาคต และระหว่างการตรวจรักษา
 ดังกล่าว ถ้าแพทย์ผู้รักษามีความจำเป็นที่จะต้องทำการตรวจรักษา หรือทำการผ่าตัดเพิ่มเติมอย่างทันทีทันใด ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์
 ดำเนินการได้ โดยเป็นการคำนึงถึงประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยตามความจำเป็น และเหมาะสม และ / หรือชีวิตผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ลงชื่อ : (.....) <input checked="" type="checkbox"/> ให้ความยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม ลงชื่อ : (.....) ลงชื่อ : (.....) ลงชื่อ : (.....)	<input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติผู้ตัดสินใจแทน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... วันที่ / / ผู้ให้ข้อมูลหัตถการ / การตรวจรักษาพิเศษ วันที่ 01 / 02 / 60 พยาน วันที่ / / พยาน วันที่ / /
--	--

ระบุสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ <input type="checkbox"/> บกพร่องทางกาย - จิต ระบุ <input type="checkbox"/> อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์	บัตรประจำตัวผู้แสดงความยินยอมแทนผู้ป่วย ประเภทของบัตร..... สังกัด.....เลขที่..... วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
--	---