



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอม
Liver Biopsy

ชื่อ นาย ชัชวาล สมประเสริฐสุข
HN 101406/54 AN อายุ
วันที่ Allergies ☒ ไม่มี ☐ มี

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกรอก

Diagnosis..... หอผู้ป่วย ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 10 A โทร.81001-2
Plan of Surgery/Procedure/Treatment (Medical term) Liver Biopsy
คาดการณ์แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในวันที่ 15 ธ.ค. 2559 เดือน ปี.....

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์/ทันตแพทย์กรอก

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้เกี่ยวข้องชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย
ขอแสดงความยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำการรักษาผู้ป่วยโดยวิธี (ภาษาไทย)..... การเจาะตับ (Liver Biopsy).....
..... ตามรายละเอียดดังนี้
1. เหตุผล/ความจำเป็น/ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา..... เพื่อเก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค
2. แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ข้อดี ข้อเสีย คาดการณ์ผลการรักษาเบื้องต้น โดยสังเขป เป็นการใส่เข็มเจาะและ
..... เก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจทางพยาธิวิทยา
3. คาดการณ์ระยะเวลาในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา (เบื้องต้น) โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที
4. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เลือดออก, การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ไต ลำไส้ใหญ่, อากาศปอด,
..... การติดเชื้อ, เสียชีวิต
(หากมีเอกสารคำแนะนำ โปรดระบุเรื่อง การเจาะตับ หมายเลข L1.....)

ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ครั้งนี้ แพทย์/ทันตแพทย์ (ระบุชื่อ)..... แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยศิริกิจ
ผู้ทำการรักษาได้ชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในครั้งนี้แล้ว แม้ว่าจะไม่สามารถจะให้ข้อมูล
ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่สามารถรับประกันถึงผลความสำเร็จของการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษาดังกล่าวได้
แต่ผู้ทำการรักษาก็ได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจ

ข้าพเจ้าทราบว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล ย่อมมีแพทย์/ทันตแพทย์ที่อยู่ระหว่าง
ฝึกอบรมเฉพาะทาง พยาบาล นิสิตแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนิสิต/นักศึกษาวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่น ๆ ซึ่งอาจจะเข้ามามีส่วนร่วม
ดูแล ตรวจ วินิจฉัยและรักษา ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะแนะนำตัวให้ข้าพเจ้าทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้ข้าพเจ้าฟังเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นญาติหรือเป็นผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ปรึกษาญาติหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยท่านอื่น ๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจรับรักษานี้แล้วและ
มีความเห็นพ้องต้องกัน

ข้าพเจ้าจึงขอแสดงความ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม เพื่อรับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา โดยความสมัครใจไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ให้/ไม่ให้คำยินยอม

ลงชื่อ..... แพทย์/ทันตแพทย์
(.....) ผู้ให้ข้อมูล
ตำแหน่ง.....
รหัสแพทย์..... 8070042

ลงชื่อ..... พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)
เกี่ยวข้องเป็น..... ของผู้ป่วย ☐ ไม่มี ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่ เดือน 15 ธ.ค. 2559 พ.ศ.

หมายเหตุ ผู้ให้คำยินยอม ได้แก่ ผู้ป่วย (กรณีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปหรือสมรสแล้ว และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์) สามเณรหรือภรรยาตามกฎหมาย บุตรหรือธิดา
บิดาหรือมารดา พี่หรือน้อง ตามลำดับ (กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่รู้สึกตัว) ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี) ผู้อนุบาล (กรณีผู้ป่วยเป็น
คนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ) และ ผู้พิทักษ์ (กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)
กรณีผู้ให้คำยินยอมไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องมีพยานรับรอง 2 คน ระบุว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วมือของ
(ระบุชื่อผู้ให้คำยินยอม).....จริงและระบุใช้นิ้วใดและข้างใด



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอม
Liver Biopsy

ชื่อ นาย ขวัญชัย จันทร์เศรษฐี
HN 76170/56 AN อายุ
วันที่ Allergies ☒ ไม่มี ☐ มี

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกรอก

Diagnosis.....
Plan of Surgery/Procedure/Treatment (Medical term) Liver Biopsy
คาดการณ์แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในวันที่ 16 ม.ค. 2561 เดือน ปี.....
หอผู้ป่วย ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
ตึกภูมิสิริ ชั้น 10 A โทร.81001-2

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์/ทันตแพทย์กรอก

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้เกี่ยวข้องชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย
ขอแสดงความยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำการรักษาผู้ป่วยโดยวิธี (ภาษาไทย) การเจาะตับ (Liver Biopsy).....
.....ตามรายละเอียดดังนี้
1. เหตุผล/ความจำเป็น/ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา.....เพื่อเก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค
2. แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ข้อดี ข้อเสีย คาดการณ์ผลการรักษาเบื้องต้น โดยสังเขปเป็นการใช้เข็มเจาะและ
.....เก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจทางพยาธิวิทยา
3. คาดการณ์ระยะเวลาในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา (เบื้องต้น)โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที
4. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเลือดออก, การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ไต ลำไส้ใหญ่, อาการปวด,
.....การติดเชื้อ, เสียชีวิต
(หากมีเอกสารคำแนะนำ โปรดระบุเรื่อง.....การเจาะตับ.....หมายเลข L1.....)

ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ครั้งนี้ แพทย์/ทันตแพทย์ (ระบุชื่อ).....แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยวีรกิจ
8070042
ผู้ทำการรักษาได้ชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในครั้งนี้แล้ว แม้ว่าจะไม่สามารถจะให้ข้อมูล
ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่สามารถรับประกันถึงผลความสำเร็จของการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษาดังกล่าวได้
แต่ผู้ทำการรักษาก็ได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจ

ข้าพเจ้าทราบว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล ย่อมมีแพทย์/ทันตแพทย์ที่อยู่ระหว่าง
ฝึกอบรมเฉพาะทาง พยาบาล นิสิตแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนิสิต/นักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาอื่น ๆ ซึ่งอาจจะเข้ามามีส่วนร่วม
ดูแล ตรวจ วินิจฉัยและรักษา ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะแนะนำตัวให้ข้าพเจ้าทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้ข้าพเจ้าฟังเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นญาติหรือเป็นผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ปรึกษาญาติหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยท่านอื่น ๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษาแล้วและ
มีความเห็นพ้องต้องกัน

ข้าพเจ้าจึงขอแสดงความ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม เพื่อรับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา โดยความสมัครใจไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ให้/ไม่ให้คำยินยอม

ผู้ให้/ไม่ให้คำยินยอม

ลงชื่อ.....แพทย์/ทันตแพทย์
(.....) ผู้ให้ข้อมูล

ตำแหน่ง.....แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยวีรกิจ
8070042

รหัสแพทย์.....

ลงชื่อ.....พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย ☐ ไม่มี ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....พยาน (เจ้าหน้าที่)
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ เดือน 16 ม.ค. 2561 พ.ศ.

หมายเหตุ ผู้ให้คำยินยอม ได้แก่ ผู้ป่วย (กรณีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปหรือสมรสแล้ว และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์) สามเณรหรือภรรยาตามกฎหมาย บุตรหรือธิดา
บิดาหรือมารดา พี่หรือน้อง ตามลำดับ (กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่รู้สึกตัว) ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี) ผู้อนุบาล (กรณีผู้ป่วยเป็น
คนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ) และ ผู้พิทักษ์ (กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)
กรณีผู้ให้คำยินยอมไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องมีพยานรับรอง 2 คน ระบุว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วมือของ
(ระบุชื่อผู้ให้คำยินยอม).....จริงและระบุว่าเป็นนิ้วใดและข้างใด



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอม
Liver Biopsy

ชื่อ นาย บอลเดว์ ชิงค์
HN 70954/49 AN อายุ
วันที่ Allergies ☒ ไม่มี ☐ มี

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกรอก

Diagnosis
Plan of Surgery/Procedure/Treatment (Medical term) Liver Biopsy
คาดการณ์แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในวันที่ 3 มิ.ค. 2559 เดือน ปี

หอผู้ป่วย ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
ติดภูมิแพ้ ขึ้น 10 A โทร.81001-2

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์/ทันตแพทย์กรอก

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้เกี่ยวข้องชื่อ เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย
ขอแสดงความยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำการรักษาผู้ป่วยโดยวิธี (ภาษาไทย) การเจาะตับ (Liver Biopsy)
..... ตามรายละเอียดดังนี้
1. เหตุผล/ความจำเป็น/ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา เพื่อเก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค
2. แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ข้อดี ข้อเสีย คาดการณ์ผลการรักษาเบื้องต้น โดยสังเขป เป็นการใส่เข็มเจาะและ
เก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจทางพยาธิวิทยา
3. คาดการณ์ระยะเวลาในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา (เบื้องต้น) โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที
4. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เลือดออก, การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ไต ลำไส้ใหญ่, อาการปวด,
การติดเชื้อ, เสียชีวิต
(หากมีเอกสารคำแนะนำ โปรดระบุเรื่อง การเจาะตับ หมายเลข L1.....)

ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ครั้งนี้ แพทย์/ทันตแพทย์ (ระบุชื่อ) แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ
ผู้ทำการรักษาได้ชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในครั้งนี้แล้ว แม้ว่าจะไม่สามารถจะให้ข้อมูล
ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่สามารถรับประกันถึงผลความสำเร็จของการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษาดังกล่าวได้
แต่ผู้ทำการรักษาก็ได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจ

ข้าพเจ้าทราบว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล ย่อมมีแพทย์/ทันตแพทย์ที่อยู่ระหว่าง
ฝึกอบรมเฉพาะทาง พยาบาล นิสิตแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนิสิต/นักศึกษาวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่น ๆ ซึ่งอาจจะเข้ามามีส่วนร่วม
ดูแล ตรวจ วินิจฉัยและรักษา ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะแนะนำตัวให้ข้าพเจ้าทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้ข้าพเจ้าฟังเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นญาติหรือเป็นผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ปรึกษาญาติหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยท่านอื่น ๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษาแล้วและ
มีความเห็นพ้องต้องกัน

ข้าพเจ้าจึงขอแสดงความ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม เพื่อรับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา โดยความสมัครใจไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ B. Sinl
(.....)

ผู้ให้/ไม่ให้คำยินยอม

ลงชื่อ แพทย์/ทันตแพทย์
(.....) ผู้ให้ข้อมูล

ตำแหน่ง แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ

รหัสแพทย์ 9070042

ลงชื่อ พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)

เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย ☐ ไม่มี ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ พยาน (เจ้าหน้าที่)
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน 3 มิ.ค. 2559 พ.ศ.

หมายเหตุ ผู้ให้คำยินยอม ได้แก่ ผู้ป่วย (กรณีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปหรือสมรสแล้ว และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์) สามเษกหรือภรรยาตามกฎหมาย บุตรหรือธิดา
บิดาหรือมารดา พี่หรือน้อง ตามลำดับ (กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่รู้สีกตัว) ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี) ผู้อนุญาต (กรณีผู้ป่วยเป็น
คนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ) และ ผู้พิทักษ์ (กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)
กรณีผู้ให้คำยินยอมไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องมีพยานรับรอง 2 คน ระบุว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วมือของ
(ระบุชื่อผู้ให้คำยินยอม) จึงและระบุว่าใช้นิ้วใดและข้างใด



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอม
Liver Biopsy

ชื่อ นาย จิรพล ไหลฟุ้งทอง
HN 46401/58 AN อายุ
วันที่ Allergies ☒ ไม่มี ☐ มี

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกรอก

Diagnosis.....
Plan of Surgery/Procedure/Treatment (Medical term) Liver Biopsy
คาดการณ์แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในวันที่ 17 ธ.ค. 2558 เดือน ปี.....

หอผู้ป่วย ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 10 A โทร.81001-2

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์/ทันตแพทย์กรอก

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้เกี่ยวข้องชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย
ขอแสดงความยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำการรักษาผู้ป่วยโดยวิธี (ภาษาไทย) การเจาะตับ (Liver Biopsy)
..... ตามรายละเอียดดังนี้
1. เหตุผล/ความจำเป็น/ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา เพื่อเก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค
2. แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ข้อดี ข้อเสีย คาดการณ์ผลการรักษาเบื้องต้น โดยสังเขป เป็นการใส่เข็มเจาะและ
เก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจทางพยาธิวิทยา
3. คาดการณ์ระยะเวลาในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา (เบื้องต้น) โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที
4. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เลือดออก, การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ไต ลำไส้ใหญ่, อากาศปอด,
การติดเชื้อ, เสียชีวิต
(หากมีเอกสารคำแนะนำ โปรดระบุเรื่อง..... การเจาะตับ หมายเลข L1.....)

ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ครั้งนี้ แพทย์/ทันตแพทย์ (ระบุชื่อ)..... แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยศรีกิจ
..... 8070042.....
ผู้ทำการรักษาได้ชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในครั้งนี้แล้ว แม้ว่าจะไม่สามารถจะให้ข้อมูล
ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่สามารถรับประกันถึงผลความสำเร็จของการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษาดังกล่าวได้
แต่ผู้ทำการรักษา ก็ได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจ

ข้าพเจ้าทราบดีว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล ย่อมมีแพทย์/ทันตแพทย์ที่อยู่ระหว่าง
ฝึกอบรมเฉพาะทาง พยาบาล นิสิตแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนิสิต/นักศึกษาวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่น ๆ ซึ่งอาจจะเข้ามามีส่วนร่วม
ดูแล ตรวจ วินิจฉัยและรักษา ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะแนะนำตัวให้ข้าพเจ้าทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้ข้าพเจ้าฟังเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นญาติหรือเป็นผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ปรึกษาญาติหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยท่านอื่น ๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษาแล้วและ
มีความเห็นพ้องต้องกัน

ข้าพเจ้าจึงขอแสดงความ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม เพื่อรับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา โดยความสมัครใจไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ..... จิรพล ไหลฟุ้งทอง
(.....)
ผู้ให้/ไม่ให้คำยินยอม

ลงชื่อ..... พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)
เกี่ยวข้องกับ..... ของผู้ป่วย ☐ ไม่มี ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ..... แพทย์/ทันตแพทย์
(.....) ผู้ให้ข้อมูล
ตำแหน่ง..... แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยศรีกิจ
8070042
รหัสแพทย์.....

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่ เดือน 17 ธ.ค. 2558 พ.ศ.

หมายเหตุ ผู้ให้คำยินยอม ได้แก่ ผู้ป่วย (กรณีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปหรือสมรสแล้ว และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์) สามัญหรือภรรยาตามกฎหมาย บุตรหรือธิดา
บิดาหรือมารดา พี่หรือน้อง ตามลำดับ (กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่รู้สึกตัว) ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี) ผู้อนุบาล (กรณีผู้ป่วยเป็น
คนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ) และ ผู้พิทักษ์ (กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)
กรณีผู้ให้คำยินยอมไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องมีพยานรับรอง 2 คน ระบุว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วมือของ
(ระบุชื่อผู้ให้คำยินยอม)..... จึงและระบุใช้นิ้วใดและข้างใด



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอม
Liver Biopsy

ชื่อ นาม พิไลพรรณ ณ จัตรัส
HN 89185/58 AN อายุ
วันที่ Allergies ☒ ไม่มี ☐ มี

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกรอก

Diagnosis.....
Plan of Surgery/Procedure/Treatment (Medical term) Liver Biopsy
คาดการณ์แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในวันที่ 15 ธ.ค. 2558 เดือน ปี

หอผู้ป่วย ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
ตึกภูมิสิริ ชั้น 10 A โทร.81001-2

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์/ทันตแพทย์กรอก

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้เกี่ยวข้องชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย
ขอแสดงความยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำการรักษาผู้ป่วยโดยวิธี (ภาษาไทย) การเจาะตับ (Liver Biopsy).....
.....ตามรายละเอียดดังนี้
1. เหตุผล/ความจำเป็น/ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา.....เพื่อเก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค
2. แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ข้อดี ข้อเสีย คาดการณ์ผลการรักษาเบื้องต้น โดยสังเขป.....เป็นการใช้เข็มเจาะและ
เก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจทางพยาธิวิทยา
3. คาดการณ์ระยะเวลาในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา (เบื้องต้น).....โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที
4. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เลือดออก, การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ไต ลำไส้ใหญ่, อาการปวด,
การติดเชื้อ, เสียชีวิต
(หากมีเอกสารคำแนะนำ โปรดระบุเรื่อง.....การเจาะตับ.....หมายเลข L1.....)

ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ครั้งนี้ แพทย์/ทันตแพทย์ (ระบุชื่อ).....แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ
ผู้ทำการรักษาได้ชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในครั้งนี้แล้ว แม้ว่าจะไม่สามารถจะให้ข้อมูล
ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่สามารถรับประกันถึงผลความสำเร็จของการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษาดังกล่าวได้
แต่ผู้ทำการรักษา ก็ได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจ

ข้าพเจ้าทราบว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล ย่อมมีแพทย์/ทันตแพทย์ที่อยู่ระหว่าง
ฝึกอบรมเฉพาะทาง พยาบาล นิสิตแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนิสิต/นักศึกษาวชิรพยาบาลสาขาอื่น ๆ ซึ่งอาจจะเข้ามามีส่วนร่วม
ดูแล ตรวจ วินิจฉัยและรักษา ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะแนะนำตัวให้ข้าพเจ้าทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้ข้าพเจ้าฟังเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นญาติหรือเป็นผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ปรึกษาญาติหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยท่านอื่น ๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษาแล้วและ
มีความเห็นพ้องต้องกัน

ข้าพเจ้าจึงขอแสดงความ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม เพื่อรับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา โดยความสมัครใจไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ให้/ไม่ให้คำยินยอม

ลงชื่อ..... พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)
เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย ☐ ไม่มี ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....แพทย์/ทันตแพทย์
(.....) ผู้ให้ข้อมูล
ตำแหน่ง.....แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ
รหัสแพทย์.....8070042

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่ เดือน 15 ธ.ค. 2558 พ.ศ.

หมายเหตุ ผู้ให้คำยินยอม ได้แก่ ผู้ป่วย (กรณีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปหรือสมรสแล้ว และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์) สามเณรหรือภรรยาตามกฎหมาย บุตรหรือธิดา
บิดาหรือมารดา พี่หรือน้อง ตามลำดับ (กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่รู้สึกตัว) ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี) ผู้ดูแล (กรณีผู้ป่วยเป็น
คนพิการหรือคนไร้ความสามารถ) และ ผู้พิทักษ์ (กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)
กรณีผู้ให้คำยินยอมไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องมีพยานรับรอง 2 คน ระบุว่าลายพิมพ์นิ้วมือของ
(ระบุชื่อผู้ให้คำยินยอม).....จริงและระบุว่าใช้นิ้วใดและข้างใด



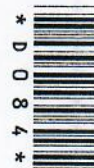
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอม

Liver Biopsy

ชื่อ น.ส. มลทิรา วายักดิ์
HN 34626/61 AN อายุ
วันที่ Allergies ☒ ไม่มี ☐ มี

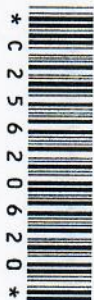
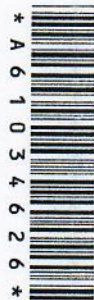
ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกรอก

Diagnosis..... หอผู้ป่วย ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
..... ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 10 A โทร.81001-2
Plan of Surgery/Procedure/Treatment (Medical term) Liver Biopsy
คาดการณ์แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในวันที่ 8.ม.ค. 2561 เดือน ปี.....



ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์/ทันตแพทย์กรอก

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้เกี่ยวข้องชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย
ขอแสดงความยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำการรักษาผู้ป่วยโดยวิธี (ภาษาไทย)..... การเจาะตับ (Liver Biopsy).....
..... ตามรายละเอียดดังนี้
1. เหตุผล/ความจำเป็น/ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา..... เพื่อเก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค
2. แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ข้อดี ข้อเสีย คาดการณ์ผลการรักษาเบื้องต้น โดยสังเขป เป็นการใส่เข็มเจาะและ
..... เก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจทางพยาธิวิทยา
3. คาดการณ์ระยะเวลาในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา (เบื้องต้น) โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที
4. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เลือดออก, การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ไต ลำไส้ใหญ่, อาการปวด,
..... การติดเชื้อ, เสียชีวิต
(หากมีเอกสารคำแนะนำ โปรดระบุเรื่อง..... การเจาะตับ หมายเลข L1.....)



ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ครั้งนี้ แพทย์/ทันตแพทย์ (ระบุชื่อ)..... แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ
..... 8070042
ผู้ทำการรักษาได้ชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในครั้งนี้แล้ว แม้ว่าจะไม่สามารถจะให้ข้อมูล
ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่สามารถรับประกันถึงผลความสำเร็จของการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษาดังกล่าวได้
แต่ผู้ทำการรักษาก็ได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจ

ข้าพเจ้าทราบตัวว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล ย่อมมีแพทย์/ทันตแพทย์ที่อยู่ระหว่าง
ฝึกอบรมเฉพาะทาง พยาบาล นิสิตแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนิสิต/นักศึกษาวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่น ๆ ซึ่งอาจจะเข้ามามีส่วนร่วม
ดูแล ตรวจ วินิจฉัยและรักษา ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะแนะนำตัวให้ข้าพเจ้าทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้ข้าพเจ้าฟังเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นญาติหรือเป็นผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ปรึกษาญาติหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยท่านอื่น ๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษาแล้วและ
มีความเห็นพ้องต้องกัน

ข้าพเจ้าจึงขอแสดงความ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม เพื่อรับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา โดยความสมัครใจไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ..... มลทิรา วายักดิ์
(.....)
ผู้ให้/ไม่ให้คำยินยอม

ลงชื่อ..... พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)
เกี่ยวข้องเป็น..... ของผู้ป่วย ☐ ไม่มี ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ..... แพทย์/ทันตแพทย์
(.....) ผู้ให้ข้อมูล
ตำแหน่ง..... แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ
รหัสแพทย์..... 8070042

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่ เดือน 8.ม.ค. 2561 พ.ศ.

หมายเหตุ ผู้ให้คำยินยอม ได้แก่ ผู้ป่วย (กรณีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปหรือสมรสแล้ว และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์) สามเณรหรือภรรยาตามกฎหมาย บุตรหรือธิดา
บิดาหรือมารดา พี่หรือน้อง ตามลำดับ (กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่รู้สึกตัว) ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี) ผู้อนุญาต (กรณีผู้ป่วยเป็น
คนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ) และ ผู้พิทักษ์ (กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)
กรณีผู้ให้คำยินยอมไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องมีพยานรับรอง 2 คน ระบุว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วมือของ
(ระบุชื่อผู้ให้คำยินยอม).....จริงและระบุว่าใช้นิ้วใดและข้างใด



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอม
Liver Biopsy

ชื่อ น.ส. สกัต เพียรพัฒนางกูร
HN 41508/35 AN อายุ
วันที่ Allergies ☒ ไม่มี ☐ มี

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกรอก

Diagnosis..... หอผู้ป่วย ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
Plan of Surgery/Procedure/Treatment (Medical term) ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 10 A โทร.81001-2
คาดการณ์แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในวันที่ 22 มิ.ย. 2559 เดือน ปี.....

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์/ทันตแพทย์กรอก

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้เกี่ยวข้องชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย
ขอแสดงความยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำการรักษาผู้ป่วยโดยวิธี (ภาษาไทย) การเจาะตับ (Liver Biopsy) ตามรายละเอียดดังนี้
1. เหตุผล/ความจำเป็น/ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา..... เพื่อเก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค
2. แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ข้อดี ข้อเสีย คาดการณ์ผลการรักษาเบื้องต้น โดยสังเขป เป็นการใส่เข็มเจาะและ
เก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจทางพยาธิวิทยา.....
3. คาดการณ์ระยะเวลาในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา (เบื้องต้น) โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที
4. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เลือดออก, การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ไต ลำไส้ใหญ่, อาการปวด,
การติดเชื้อ, เสียชีวิต
(หากมีเอกสารคำแนะนำ โปรดระบุเรื่อง..... การเจาะตับ หมายเลข L1.....)

ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ครั้งนี้ แพทย์/ทันตแพทย์ (ระบุชื่อ)..... แพทย์หญิงรุ่งฤดี หัยศิริกิจ
ผู้ทำการรักษาได้ชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในครั้งนี้แล้ว แม้ว่าจะไม่สามารถจะให้ข้อมูล
ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่สามารถรับประกันถึงผลความสำเร็จของการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษาดังกล่าวได้
แต่ผู้ทำการรักษาก็ได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจ

ข้าพเจ้าทราบดีว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล ย่อมมีแพทย์/ทันตแพทย์ที่อยู่ระหว่าง
ฝึกอบรมเฉพาะทาง พยาบาล นิสิตแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนิสิต/นักศึกษาวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่น ๆ ซึ่งอาจจะเข้ามามีส่วนร่วม
ดูแล ตรวจ วินิจฉัยและรักษา ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะแนะนำตัวให้ข้าพเจ้าทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้ข้าพเจ้าฟังเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นญาติหรือเป็นผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ปรึกษาญาติหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยท่านอื่น ๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษาแล้วและ
มีความเห็นพ้องต้องกัน

ข้าพเจ้าจึงขอแสดงความ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม เพื่อรับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา โดยความสมัครใจไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ..... น.ส. สกัต เพียรพัฒนางกูร
(.....)

ผู้ให้/ไม่ให้คำยินยอม

ลงชื่อ..... แพทย์/ทันตแพทย์
(.....) ผู้ให้ข้อมูล
ตำแหน่ง..... แพทย์หญิงรุ่งฤดี หัยศิริกิจ
รหัสแพทย์..... 8070042

หมายเหตุ ผู้ให้คำยินยอม ได้แก่ ผู้ป่วย (กรณีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปหรือสมรสแล้ว และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์) สามเณรหรือภรรยาตามกฎหมาย บุตรหรือธิดา
บิดาหรือมารดา ที่หรือน้อง ตามลำดับ (กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่รู้สึกตัว) ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี) ผู้อนุบาล (กรณีผู้ป่วยเป็น
คนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ) และ ผู้พิทักษ์ (กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)
กรณีผู้ให้คำยินยอมไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องมีพยานรับรอง 2 คน ระบุว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วมือของ
(ระบุชื่อผู้ให้คำยินยอม).....จริงและระบุว่าเป็นนิ้วใดและข้างใด

ลงชื่อ..... พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย ☐ ไม่มี ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่)
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่ เดือน 22 มิ.ย. 2559 พ.ศ.



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอม
Liver Biopsy

ชื่อ นาง พัฒน์นิภา ธนพัฒนศิริกุล
HN 50724/45 AN อายุ
วันที่ Allergies ☒ ไม่มี ☐ มี

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกรอก

Diagnosis.....
Plan of Surgery/Procedure/Treatment (Medical term) Liver Biopsy
คาดการณ์แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในวันที่ ๗ ต.ค. ๒๕๕๖ เดือน ปี.....

หอผู้ป่วย ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
ตึกภูมิสิริ ชั้น 10 A โทร.81001-2

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์/ทันตแพทย์กรอก

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้เกี่ยวข้องชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย
ขอแสดงความยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำการรักษาผู้ป่วยโดยวิธี (ภาษาไทย) การเจาะตับ (Liver Biopsy)
.....ตามรายละเอียดดังนี้
1. เหตุผล/ความจำเป็น/ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา.....เพื่อเก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค
2. แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ข้อดี ข้อเสีย คาดการณ์ผลการรักษาเบื้องต้น โดยสังเขป.....เป็นการใช้เข็มเจาะและ
.....เก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจทางพยาธิวิทยา
3. คาดการณ์ระยะเวลาในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา (เบื้องต้น).....โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที
4. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น.....เลือดออก, การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ไต ลำไส้ใหญ่, อาการปวด,
.....การติดเชื้อ, เสียชีวิต
(หากมีเอกสารคำแนะนำ โปรดระบุเรื่อง.....การเจาะตับ.....หมายเลข L1.....)

ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ครั้งนี้ แพทย์/ทันตแพทย์ (ระบุชื่อ).....แพทย์หญิงรุ่งกฤติ ชัยธีรกิจ
ผู้ทำการรักษาได้ชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในครั้งนี้แล้ว แม้ว่าจะไม่สามารถจะให้ข้อมูล
ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่สามารถรับประกันถึงผลความสำเร็จของการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษาดังกล่าวได้
แต่ผู้ทำการรักษา ก็ได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจ

ข้าพเจ้าทราบว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล ย่อมมีแพทย์/ทันตแพทย์ที่อยู่ระหว่าง
ฝึกอบรมเฉพาะทาง พยาบาล นิสิตแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนิสิต/นักศึกษาวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่น ๆ ซึ่งอาจจะเข้ามามีส่วนร่วม
ดูแล ตรวจ วินิจฉัยและรักษา ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะแนะนำตัวให้ข้าพเจ้าทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้ข้าพเจ้าฟังเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นญาติหรือเป็นผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ปรึกษาญาติหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยท่านอื่น ๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษาแล้วและ
มีความเห็นพ้องต้องกัน

ข้าพเจ้าจึงขอแสดงความ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม เพื่อรับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา โดยความสมัครใจไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ให้/ไม่ให้คำยินยอม

ลงชื่อ..... แพทย์/ทันตแพทย์
(.....) ผู้ให้ข้อมูล

ตำแหน่ง.....แพทย์หญิงรุ่งกฤติ ชัยธีรกิจ
8070042

รหัสแพทย์.....

ลงชื่อ..... พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย ☐ ไม่มี ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่)
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ เดือน ๗ ต.ค. ๒๕๕๖ พ.ศ.

หมายเหตุ ผู้ให้คำยินยอม ได้แก่ ผู้ป่วย (กรณีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปหรือสมรสแล้ว และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์) สามเณรหรือภรรยาตามกฎหมาย บุตรหรือธิดา
บิดาหรือมารดา พี่หรือน้อง ตามลำดับ (กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่รู้สึกตัว) ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี) ผู้อนุบาล (กรณีผู้ป่วยเป็น
คนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ) และ ผู้พิทักษ์ (กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)
กรณีผู้ให้คำยินยอมไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องมีพยานรับรอง 2 คน ระบุว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วมือของ
(ระบุชื่อผู้ให้คำยินยอม).....จริงและระบุว่าใช้นิ้วใดและข้างใด



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอม

Liver Biopsy

ชื่อ นาง ชมนภา แก้วกระจก
HN 307137/57 AN อายุ
วันที่ Allergies ☒ ไม่มี ☐ มี

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกรอก

Diagnosis.....
Plan of Surgery/Procedure/Treatment (Medical term) Liver Biopsy
คาดการณ์แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในวันที่ 6 ธ.ค. 2557 เดือน ปี.....

หอผู้ป่วย ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
ตึกภูมิสิริ ชั้น 10 A โทร. 81001-2

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์/ทันตแพทย์กรอก

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้เกี่ยวข้องชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย
ขอแสดงความยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำการรักษาผู้ป่วยโดยวิธี (ภาษาไทย) การเจาะตับ (Liver Biopsy)
..... ตามรายละเอียดดังนี้
1. เหตุผล/ความจำเป็น/ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา เพื่อเก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค
2. แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ข้อดี ข้อเสีย คาดการณ์ผลการรักษาเบื้องต้น โดยสังเขป เป็นการใส่เข็มเจาะและ
เก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจทางพยาธิวิทยา
3. คาดการณ์ระยะเวลาในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา (เบื้องต้น) โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที
4. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เลือดออก, การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ไต ลำไส้ใหญ่, อาการปวด,
การติดเชื้อ, เสียชีวิต
(หากมีเอกสารคำแนะนำ โปรดระบุเรื่อง การเจาะตับ หมายเลข L1.....)

ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ครั้งนี้ แพทย์/ทันตแพทย์ (ระบุชื่อ)..... แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ
..... 8070042
ผู้ทำการรักษาได้ชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในครั้งนี้แล้ว แม้ว่าจะไม่สามารถจะให้ข้อมูล
ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่สามารถรับประกันถึงผลความสำเร็จของการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษาดังกล่าวได้
แต่ผู้ทำการรักษาก็ได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจ

ข้าพเจ้าทราบดีว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล ย่อมมีแพทย์/ทันตแพทย์ที่อยู่ระหว่าง
ฝึกอบรมเฉพาะทาง พยาบาล นิสิตแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนิสิต/นักศึกษาวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่น ๆ ซึ่งอาจจะเข้ามามีส่วนร่วม
ดูแล ตรวจ วินิจฉัยและรักษา ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะแนะนำตัวให้ข้าพเจ้าทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้ข้าพเจ้าฟังเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นญาติหรือเป็นผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ปรึกษาญาติหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยท่านอื่น ๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจรับรักษานี้แล้วและ
มีความเห็นพ้องต้องกัน

ข้าพเจ้าจึงขอแสดงความ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม เพื่อรับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา โดยความสมัครใจไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ให้/ไม่ให้คำยินยอม

ลงชื่อ..... พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)
เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย ☐ ไม่มี ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ..... แพทย์/ทันตแพทย์
(.....) ผู้ให้ข้อมูล
ตำแหน่ง..... แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ
รหัสแพทย์..... 8070042

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่ เดือน 6 ธ.ค. 2557 พ.ศ.

หมายเหตุ ผู้ให้คำยินยอม ได้แก่ ผู้ป่วย (กรณีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปหรือสมรสแล้ว และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์) สามเณรหรือภรรยาตามกฎหมาย บุตรหรือธิดา
บิดาหรือมารดา ที่หรือน้อง ตามลำดับ (กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่รู้สึกตัว) ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี) ผู้ดูแล (กรณีผู้ป่วยเป็น
คนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ) และ ผู้พิทักษ์ (กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)
กรณีผู้ให้คำยินยอมไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องมีพยานรับรอง 2 คน ระบุว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วมือของ
(ระบุชื่อผู้ให้คำยินยอม).....จริงและระบุว่าเป็นนิ้วใดและข้างใด



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอม
Liver Biopsy

ชื่อ น.ส. เกศรินทร์ หัยน้า
HN 3705/59 AN อายุ
วันที่ Allergies ☒ ไม่มี ☐ มี

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกรอก

Diagnosis..... หอผู้ป่วย ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
..... ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 10 A โทร.81001-2
Plan of Surgery/Procedure/Treatment (Medical term) Liver Biopsy
คาดการณ์แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในวันที่ 14 ก.พ. 2560 เดือน ปี.....

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์/ทันตแพทย์กรอก

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้เกี่ยวข้องชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย
ขอแสดงความยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำการรักษาผู้ป่วยโดยวิธี (ภาษาไทย) การเจาะตับ (Liver Biopsy)
..... ตามรายละเอียดดังนี้
1. เหตุผล/ความจำเป็น/ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา เพื่อเก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค
2. แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ข้อดี ข้อเสีย คาดการณ์ผลการรักษาเบื้องต้น โดยสังเขป เป็นการใช้เข็มเจาะและ
เก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจทางพยาธิวิทยา
3. คาดการณ์ระยะเวลาในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา (เบื้องต้น) โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที
4. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เลือดออก, การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ไต ลำไส้ใหญ่, อาการปวด,
การติดเชื้อ, เสียชีวิต
(หากมีเอกสารคำแนะนำ โปรดระบุเรื่อง..... การเจาะตับ หมายเลข L1.....)

ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ครั้งนี้ แพทย์/ทันตแพทย์ (ระบุชื่อ)..... แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ
..... 8070042.....
ผู้ทำการรักษาได้ชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในครั้งนี้แล้ว แม้ว่าจะไม่สามารถจะให้ข้อมูล
ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่สามารถรับประกันถึงผลความสำเร็จของการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษาดังกล่าวได้
แต่ผู้ทำการรักษาก็ได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจ

ข้าพเจ้าทราบว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล ย่อมมีแพทย์/ทันตแพทย์ที่อยู่ระหว่าง
ฝึกอบรมเฉพาะทาง พยาบาล นิสิตแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนิสิต/นักศึกษาวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่น ๆ ซึ่งอาจจะเข้ามามีส่วนร่วม
ดูแล ตรวจ วินิจฉัยและรักษา ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะแนะนำตัวให้ข้าพเจ้าทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้ข้าพเจ้าฟังเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นญาติหรือเป็นผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ปรึกษาญาติหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยท่านอื่น ๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษาแล้วและ
มีความเห็นพ้องต้องกัน

ข้าพเจ้าจึงขอแสดงความ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม เพื่อรับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา โดยความสมัครใจไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ..... น.ส. เกศรินทร์ หัยน้า
(..... น.ส. เกศรินทร์ หัยน้า)
ผู้ให้/ไม่ให้คำยินยอม

ลงชื่อ..... พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)
เกี่ยวข้องเป็น..... ของผู้ป่วย ☐ ไม่มี ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ..... แพทย์/ทันตแพทย์
(.....) ผู้ให้ข้อมูล
ตำแหน่ง..... แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ
รหัสแพทย์..... 8070042.....

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่ เดือน 14 ก.พ. 2560 .. พ.ศ.

หมายเหตุ ผู้ให้คำยินยอม ได้แก่ ผู้ป่วย (กรณีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปหรือสมรสแล้ว และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์) สามเษหรือภรรยาตามกฎหมาย บุตรหรือธิดา
บิดาหรือมารดา พี่หรือน้อง ตามลำดับ (กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่รู้สึกตัว) ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี) ผู้อนุญาต (กรณีผู้ป่วยเป็น
คนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ) และ ผู้พิทักษ์ (กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)
กรณีผู้ให้คำยินยอมไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องมีพยานรับรอง 2 คน ระบุว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วมือของ
(ระบุชื่อผู้ให้คำยินยอม).....จริงและระบุว่าเป็นนิ้วใดและข้างใด



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอม
Liver Biopsy

ชื่อ น.ส. เซาเดาะ ยะโกะ
HN 101369/59 AN อายุ
วันที่ Allergies ☒ ไม่มี ☐ มี

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกรอก

Diagnosis.....
Plan of Surgery/Procedure/Treatment (Medical term) Liver Biopsy
คาดการณ์แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในวันที่ - 5 ม.ค. 2560 เดือน ปี.....
หอผู้ป่วย ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
ศัลยกรรมลำไส้ ชั้น 10 A โทร.81001-2

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์/ทันตแพทย์กรอก

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้เกี่ยวข้องชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย
ขอแสดงความยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำการรักษาผู้ป่วยโดยวิธี (ภาษาไทย).....การเจาะตับ (Liver Biopsy).....
.....ตามรายละเอียดดังนี้
1. เหตุผล/ความจำเป็น/ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา.....เพื่อเก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค
2. แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ข้อดี ข้อเสีย คาดการณ์ผลการรักษาเบื้องต้น โดยสังเขป.....เป็นการใช้เข็มเจาะและ
เก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจทางพยาธิวิทยา
3. คาดการณ์ระยะเวลาในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา (เบื้องต้น).....โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที
4. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น.....เลือดออก, การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ไต ลำไส้ใหญ่, อาการปวด,
การติดเชื้อ, เสียชีวิต
(หากมีเอกสารคำแนะนำ โปรดระบุเรื่อง.....การเจาะตับ.....หมายเลข L1.....)

ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ครั้งนี้ แพทย์/ทันตแพทย์ (ระบุชื่อ).....แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ.....8070042.....
ผู้ทำการรักษาได้ชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในครั้งนี้แล้ว แม้ว่าจะไม่สามารถจะให้ข้อมูล
ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่สามารถรับประกันถึงผลความสำเร็จของการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษาดังกล่าวได้
แต่ผู้ทำการรักษาก็ได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจ

ข้าพเจ้าทราบว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล ย่อมมีแพทย์/ทันตแพทย์ที่อยู่ระหว่าง
ฝึกอบรมเฉพาะทาง พยาบาล นิสิตแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนิสิต/นักศึกษาวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่นๆ ซึ่งอาจจะเข้ามามีส่วนร่วม
ดูแล ตรวจ วินิจฉัยและรักษา ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะแนะนำตัวให้ข้าพเจ้าทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้ข้าพเจ้าฟังเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นญาติหรือเป็นผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ปรึกษาญาติหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยท่านอื่นๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจรับรักษานี้แล้วและ
มีความเห็นพ้องต้องกัน

ข้าพเจ้าจึงขอแสดงความ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม เพื่อรับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา โดยความสมัครใจไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....เซาเดาะ ยะโกะ.....
(.....)
ผู้ให้/ไม่ให้คำยินยอม

ลงชื่อ.....พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)
เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย ☐ ไม่มี ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....แพทย์/ทันตแพทย์.....
(.....) ผู้ให้ข้อมูล
ตำแหน่ง.....แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ.....
รหัสนิติแพทย์.....8070042.....

ลงชื่อ.....พยาน (เจ้าหน้าที่)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่ เดือน - 5 ม.ค. 2560 พ.ศ.

หมายเหตุ ผู้ให้คำยินยอม ได้แก่ ผู้ป่วย (กรณีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปหรือสมรสแล้ว และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์) สามหรือภรรยาตามกฎหมาย บุตรหรือธิดา
บิดาหรือมารดา พี่หรือน้อง ตามลำดับ (กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่รู้สึกตัว) ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี) ผู้อนุบาล (กรณีผู้ป่วยเป็น
คนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ) และ ผู้พิทักษ์ (กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)
กรณีผู้ให้คำยินยอมไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องมีพยานรับรอง 2 คน ระบุว่าลายพิมพ์นิ้วมือของ
(ระบุชื่อผู้ให้คำยินยอม).....จริงและระบุว่าใช้นิ้วใดและข้างใด





โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอม
Liver Biopsy

ชื่อ น.ส. มอ ทองสุข
HN 105569/49 AN อายุ
วันที่ Allergies ☒ ไม่มี ☐ มี

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกรอก

Diagnosis.....
Plan of Surgery/Procedure/Treatment (Medical term) Liver Biopsy
คาดการณ์แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในวันที่ 1 มิ.ย. 2560 เดือน ปี.....

หอผู้ป่วย ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 10 A โทร.81001-2

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์/ทันตแพทย์กรอก

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้เกี่ยวข้องชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย
ขอแสดงความยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำการรักษาผู้ป่วยโดยวิธี (ภาษาไทย) การเจาะตับ (Liver Biopsy)
.....ตามรายละเอียดดังนี้
1. เหตุผล/ความจำเป็น/ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา เพื่อเก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค
2. แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ข้อดี ข้อเสีย คาดการณ์ผลการรักษาเบื้องต้น โดยสังเขป เป็นการใส่เข็มเจาะและ
เก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจทางพยาธิวิทยา
3. คาดการณ์ระยะเวลาในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา (เบื้องต้น) โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที
4. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เลือดออก, การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ไต ลำไส้ใหญ่, อาการปวด,
การติดเชื้อ, เสียชีวิต
(หากมีเอกสารคำแนะนำ โปรดระบุเรื่อง.....การเจาะตับ.....หมายเลข L1.....)

ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ครั้งนี้ แพทย์/ทันตแพทย์ (ระบุชื่อ).....แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยชังกิจ
ผู้ทำการรักษาได้ชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในครั้งนี้แล้ว แม้ว่าจะไม่สามารถจะให้ข้อมูล
ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่สามารถรับประกันถึงผลความสำเร็จของการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษาดังกล่าวได้
แต่ผู้ทำการรักษา ก็ได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจ

ข้าพเจ้าทราบดีว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล ย่อมมีแพทย์/ทันตแพทย์ที่อยู่ระหว่าง
ฝึกอบรมเฉพาะทาง พยาบาล นิสิตแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนิสิต/นักศึกษาวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่น ๆ ซึ่งอาจจะเข้ามามีส่วนร่วม
ดูแล ตรวจ วินิจฉัยและรักษา ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะแนะนำตัวให้ข้าพเจ้าทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้ข้าพเจ้าฟังเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นญาติหรือเป็นผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ปรึกษาญาติหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยท่านอื่น ๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจรับรักษานี้แล้วและ
มีความเห็นพ้องต้องกัน

ข้าพเจ้าจึงขอแสดงความ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม เพื่อรับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา โดยความสมัครใจ ใจ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....มอ
(.....)
ผู้ให้/ไม่ให้คำยินยอม

ลงชื่อ..... พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)
เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย ☐ ไม่มี ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ.....แพทย์/ทันตแพทย์
(.....) ผู้ให้ข้อมูล
ตำแหน่ง.....
รหัสแพทย์.....8070042

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่ เดือน - 1 มิ.ย. 2560 พ.ศ.

หมายเหตุ ผู้ให้คำยินยอม ได้แก่ ผู้ป่วย (กรณีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปหรือสมรสแล้ว และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์) สามเณรหรือภรรยาตามกฎหมาย บุตรหรือธิดา
บิดาหรือมารดา พี่หรือน้อง ตามลำดับ (กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่รู้สีกตัว) ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี) ผู้อนุบาล (กรณีผู้ป่วยเป็น
คนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ) และ ผู้พิทักษ์ (กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)
กรณีผู้ให้คำยินยอมไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องมีพยานรับรอง 2 คน ระบุว่าลายพิมพ์นิ้วมือของ
(ระบุชื่อผู้ให้คำยินยอม).....จริงและระบุว่าเป็นนิ้วใดและข้างใด



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ใบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอม
Liver Biopsy

ชื่อ นาย เกรียงไกร วัฒนเจริญ
HN 63136/59 AN อายุ
วันที่ Allergies ☐ ไม่มี ☒ มี

ส่วนที่ 1 สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกรอก

Diagnosis..... หอผู้ป่วย ศูนย์ต้องกลั่นระบบทางเดินอาหาร
Plan of Surgery/Procedure/Treatment (Medical term) Liver Biopsy
คาดการณ์แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในวันที่ 2 ต.ค. 2561 เดือน ปี

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์/ทันตแพทย์กรอก

ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้เกี่ยวข้องชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย
ขอแสดงความยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำการรักษาผู้ป่วยโดยวิธี (ภาษาไทย)..... การเจาะตับ (Liver Biopsy).....
..... ตามรายละเอียดดังนี้
1. เหตุผล/ความจำเป็น/ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา..... เพื่อเก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจเพื่อการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค
2. แผนการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ข้อดี ข้อเสีย คาดการณ์ผลการรักษาเบื้องต้น โดยสังเขป..... เป็นการใส่เข็มเจาะและ
เก็บชิ้นเนื้อตับมาตรวจทางพยาธิวิทยา
3. คาดการณ์ระยะเวลาในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา (เบื้องต้น)..... โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที
4. ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น..... เลือดออก, การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ไต ลำไส้ใหญ่, อาการปวด,
การติดเชื้อ, เสียชีวิต
(หากมีเอกสารคำแนะนำ โปรดระบุเรื่อง..... การเจาะตับ..... หมายเลข..... L1.....)

ในการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ครั้งนี้ แพทย์/ทันตแพทย์ (ระบุชื่อ)..... แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ
ผู้ทำการรักษาได้ชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา ในครั้งนี้แล้ว แม้ว่าจะไม่สามารถจะให้ข้อมูล
ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่สามารถรับประกันถึงผลความสำเร็จของการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษาดังกล่าวได้
แต่ผู้ทำการรักษา ก็ได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจ

ข้าพเจ้าทราบตัวโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล ย่อมมีแพทย์/ทันตแพทย์ที่อยู่ระหว่าง
ฝึกอบรมเฉพาะทาง พยาบาล นิสิตแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนิสิต/นักศึกษาวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่น ๆ ซึ่งอาจจะเข้ามามีส่วนร่วม
ดูแล ตรวจ วินิจฉัยและรักษา ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะแนะนำตัวให้ข้าพเจ้าทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้ข้าพเจ้าฟังเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นญาติหรือเป็นผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ปรึกษาญาติหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยท่านอื่น ๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษาแล้วและ
มีความเห็นพ้องต้องกัน

ข้าพเจ้าจึงขอแสดงความ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม เพื่อรับการผ่าตัด/ทำหัตถการ/รักษา โดยความสมัครใจไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ..... เกรียงไกร วัฒนเจริญ
(.....)
ผู้ให้/ไม่ให้คำยินยอม

ลงชื่อ..... แพทย์/ทันตแพทย์
(.....) ผู้ให้ข้อมูล
ตำแหน่ง..... แพทย์หญิงรุ่งฤดี ชัยธีรกิจ
รหัสแพทย์..... 8070042

ลงชื่อ..... พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)
เกี่ยวข้องเป็น..... ของผู้ป่วย ☐ ไม่มี ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่ เดือน - 2 ต.ค. 2561 พ.ศ.

หมายเหตุ ผู้ให้คำยินยอม ได้แก่ ผู้ป่วย (กรณีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปหรือสมรสแล้ว และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์) สามเณรหรือภรรยาตามกฎหมาย บุตรหรือธิดา
บิดาหรือมารดา พี่หรือน้อง ตามลำดับ (กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่รู้สีกตัว) ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี) ผู้อนุญาต (กรณีผู้ป่วยเป็น
คนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ) และ ผู้พิทักษ์ (กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)
กรณีผู้ให้คำยินยอมไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อ โดยต้องมีพยานรับรอง 2 คน ระบุว่าลายพิมพ์นิ้วมือของ
(ระบุชื่อผู้ให้คำยินยอม).....จริงและระบุว่าใช้นิ้วใดและข้างใด