

แบบบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาลสุโขทัย

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ..... ปี หอผู้ป่วย.....

HN..... AN..... โรคประจำตัว.....

Diagnosis..... Operation.....

แพทย์ผู้ทำผ่าตัด.....

การใช้ยาระงับความรู้สึก ☐ GA ☐ SB ☐ LA standby GA ☐ LA ☐ Tropicalกุมารแพทย์..... Tel..... ☐ รายงานแพทย์ทราบ ☐ Stand by ☐ ไม่รายงาน

รายการเตรียม	Ward	OR	หมายเหตุ
ป้ายชื่อมือ, Chart	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	
ใบเซ็นยินยอมผ่าตัด	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	
NPO time	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	ระบบเวลาเริ่มNPO.....
Void ก่อนส่ง OR	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	
ฟันปลอม, contact lens	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	
Mark site	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	
ยา Anticlotting	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	ระบุชนิดยา..... เวลาที่ให้ยา.....
ทรัพย์สินมีค่า, ชุดชั้นใน	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	
CXR, Film, lab	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	
จ้องเลือด	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	

Vital signs ก่อนส่งห้องผ่าตัด BT..... C PR...../min RR...../min BP.....mmHg

☐ FHSก่อนส่งOR..... ครั้ง/นาที เวลา.....น. ☐ NST () ทำ ผล..... () ไม่ทำ

ยาที่ได้รับเข้าวันผ่าตัด (ระบุเวลา).....

สารน้ำ (ระบุเวลา).....

สิ่งที่ส่งมาพร้อมผู้ป่วย.. ☐ ขวด.ICD. ☐ Forley cath ☐ อื่นๆ ระบุ.....

หลังผ่าตัด สงกลับตึก ระบุ.....

ลงชื่อพยาบาลประจำหอผู้ป่วย..... วันที่..... เวลา.....

ลงชื่อพยาบาลประจำหอผู้ป่วย..... วันที่..... เวลา.....

แบบแสดงความยินยอมผ่าตัดคลอด

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....AN.....

การวินิจฉัยโรค.....

การผ่าตัด ○ ผ่าตัดคลอด ○ ผ่าตัดคลอดและทำหมัน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ยินยอมแทน เกี่ยวข้องเป็น.....

กรณีเป็นผู้ลงนามยินยอมแทน โปรดลงข้อมูล อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ○ บัตรประจำตัวประชาชน ○ บัตรข้าราชการ ○ บัตร.....เลขที่บัตร.....

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมโดยการสมัครใจให้โดยคณะแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสุ
 โข-ลก ที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และระงับความรู้สึก ตามรายละเอียด
 ดังต่อไปนี้

ข้าพเจ้าทราบดีว่าการผ่าตัดคลอด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าทราบดีว่าการผ่าตัดคลอด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนดังต่อไปนี้

1) ภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก

1.1) ภาวะรู้สึกตัว (awareness)

1.2) สูดสำลักอาหารเข้าปอดเกิดการติดเชื้อในปอด

1.3) การคาท่อช่วยหายใจและเข้า ICU หลังผ่าตัด

1.4) ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน

2) ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอด

2.1) การเสียเลือดมาก อาจทำให้ต้องให้เลือด

2.2) การตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เนื่องจากควบคุมเลือดออกไม่ได้

2.3) การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด บริเวณมดลูก ช่องเชิงกราน ทางเดินปัสสาวะ

2.4) การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต

2.5) ภาวะลำไส้อุดตัน

2.6) การเกิดผังพืดในช่องท้อง

2.7) การเกิดแผลเป็นนูนแข็ง

2.8) การแตกปริของแผลบริเวณมดลูกในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

2.9) ภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นในปอด ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูง

2. หากข้าพเจ้า/ผู้ป่วยได้รับการทำหมันพร้อมผ่าตัดคลอด ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังนี้

2.1) การทำหมันเป็นการคุมกำเนิดชนิดถาวร โดยการผูกและ/หรือตัดท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้าง เพื่อให้ท่อนำไข่ติดตันหรือขาดออกจากกัน หลังจากการทำหมันมีโอกาสตั้งครรภ์ได้อีก แต่น้อยมากเพียง 1 ใน 3 ของผู้ที่ตั้งครรภ์ อาจเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก ดังนั้นผู้ที่สงสัยตั้งครรภ์ควรปรึกษาแพทย์

2.2) การทำหมันพร้อมผ่าตัดคลอดเป็นการทำเลยทันทีหลังทารกคลอด ดังนั้นการประเมินอาการ ทารกจึงเป็นการประเมินเบื้องต้น ซึ่งในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ทารกอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้อีก

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมให้คณะแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ดังกล่าวข้างต้นสามารถกระทำการอื่นๆ ด้วยเหตุผลแสดงถึงความจำเป็นในการกระทำดังกล่าว เช่น การให้เลือดและหรือส่วนประกอบของเลือดและการตรวจรักษาหรือผ่าตัดเพิ่มอย่างทันทีทันใด หากเป็นการคำนึงถึงชีวิตและประโยชน์ของข้าพเจ้าเป็นสำคัญ

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย แผนการดูแลรักษาและการผ่าตัดข้างต้น รวมถึงความเสี่ยง ผลข้างเคียงและผลที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง อีกทั้งทางเลือกอื่นๆที่อาจเป็นไปได้อย่างชัดเจน จนเป็นที่การจ่างชัด ข้าพเจ้าจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ พยาน (สามี/ญาติ)
(.....)

ลงชื่อ พยาน (พยาบาลห้องคลอด)
(.....)

ลงชื่อ แพทย์ผู้ให้ข้อมูล
(.....)

ลงชื่อ พยาน (พยาบาลห้องผ่าตัด)
(.....)

ลงชื่อ พยาน (วิสัญญีพยาบาล)
(.....)

แบบแสดงความยินยอมผ่าตัดคลอด

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....AN.....

การวินิจฉัยโรค.....

การผ่าตัด ○ ผ่าตัดคลอด ○ ผ่าตัดคลอดและทำหมัน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ยินยอมแทน เกี่ยวข้องเป็น.....

กรณีเป็นผู้ลงนามยินยอมแทน โปรดลงข้อมูล อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

○ บัตรประจำตัวประชาชน ○ บัตรข้าราชการ ○ บัตร.....เลขที่บัตร.....

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมโดยการสมัครใจให้โดยคณะแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสุ
โหงโก-ลก ที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และระงับความรู้สึก ตามรายละเอียด
ดังต่อไปนี้

ข้าพเจ้าทราบดีว่าการผ่าตัดคลอด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าทราบดีว่าการผ่าตัดคลอด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนดังต่อไปนี้

1) ภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก

1.1) ภาวะรู้สึกตัว (awareness)

1.2) สูดสำลักอาหารเข้าปอดเกิดการติดเชื้อในปอด

1.3) การคาท่อช่วยหายใจและเข้า ICU หลังผ่าตัด

1.4) ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน

2) ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอด

2.1) การเสียเลือดมาก อาจทำให้ต้องให้เลือด

2.2) การตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เนื่องจากควบคุมเลือดออกไม่ได้

2.3) การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด บริเวณมดลูก ช่องเชิงกราน ทางเดินปัสสาวะ

2.4) การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต

2.5) ภาวะลำไส้อุดตัน

2.6) การเกิดผังพืดในช่องท้อง

2.7) การเกิดแผลเป็นนูนแข็ง

2.8) การแตกปริของแผลบริเวณมดลูกในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

2.9) ภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นในปอด ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูง

2. หากข้าพเจ้า/ผู้ป่วยได้รับการทำหมันพร้อมผ่าตัดคลอด ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังนี้

2.1) การทำหมันเป็นการคุมกำเนิดชนิดถาวร โดยการผูกและ/ หรือตัดท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้าง เพื่อให้ท่อนำไข่ตีบตันหรือขาดออกจากกัน หลังจากการทำหมันมีโอกาสตั้งครรภ์ได้อีก แต่น้อยมากเพียง 1 ใน 3 ของผู้ที่ตั้งครรภ์ อาจเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก ดังนั้นผู้ที่สงสัยตั้งครรภ์ควรปรึกษาแพทย์

2.2) การทำหมันพร้อมผ่าตัดคลอดเป็นการทำเลยทันทีหลังทารกคลอด ดังนั้นการประเมินอาการทารกจึงเป็นการประเมินเบื้องต้น ซึ่งในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ทารกอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้อีก

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมให้คณะแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ดังกล่าวข้างต้นสามารถกระทำการอื่นๆ ด้วยเหตุผลแสดงถึงความจำเป็นในการกระทำดังกล่าว เช่น การให้เลือดและหรือส่วนประกอบของเลือดและการตรวจรักษาหรือผ่าตัดเพิ่มอย่างทันทีทันใด หากเป็นการคำนึงถึงชีวิตและประโยชน์ของข้าพเจ้าเป็นสำคัญ

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย แผนการดูแลรักษาและการผ่าตัดข้างต้น รวมถึงความเสี่ยง ผลข้างเคียงและผลที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง อีกทั้งทางเลือกอื่นๆ ที่อาจเป็นไปได้อย่างชัดเจน จนเป็นที่การจ่างชัด ข้าพเจ้าจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ พยาน (สามี/ญาติ)
(.....)

ลงชื่อ พยาน (พยาบาลห้องคลอด)
(.....)

ลงชื่อ แพทย์ผู้ให้ข้อมูล
(.....)

ลงชื่อ พยาน (พยาบาลห้องผ่าตัด)
(.....)

ลงชื่อ พยาน (วิสัญญีพยาบาล)
(.....)