

ใบยินยอมให้ทำการรักษาโดยการผ่าตัดกร เรื่อง การให้เลือด
วันที่.....เวลา.....

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปีหอผู้ป่วย.....HN.....AN.....
ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี มีความเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วยที่ได้รับการ
วินิจฉัย.....ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับเลือด

ข้าพเจ้า ได้ให้ความยินยอมให้แพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย ให้
ดำเนินการตรวจ/รักษาด้วยวิธี ให้เลือด หมู่เลือด.....จำนวน..... ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียด
เกี่ยวกับแผนการรักษา รวมทั้งผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างหรือภายหลังจากการตรวจรักษา
เช่น การแพ้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด การติดเชื้อจากการปนเปื้อนของเลือด เส้นเลือดดำอักเสบ การอักเสบติด
เชื้อบริเวณผิวหนัง เป็นต้น และแนวทางเลือกอื่นๆ เพื่อการตรวจรักษา เช่น ทานยาบำรุงเลือด ฉีดยากระตุ้นเม็ดเลือด
แดง เป็นต้น

ข้าพเจ้ามีสติตระหนักดีว่าแพทย์และทีมผู้รักษาพยาบาลไม่สามารถรับรองได้ถึงผลสำเร็จของการตรวจ/
รักษาดังกล่าวทั้งหมด ข้าพเจ้าขอแสดงความ ยินยอม ไม่ยินยอม รับการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าว
ระหว่างการรักษาดังกล่าวถ้าแพทย์ผู้รักษา มีความจำเป็นที่จะต้องทำการตรวจ - รักษา หรือผ่าตัดเพิ่มเติมอย่าง
ทันทีทันใด ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ดำเนินการได้โดยเป็นการคำนึงถึงประโยชน์สุขภาพอนามัยของผู้ป่วยตามความ
จำเป็นและเหมาะสม และหรือชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ลงนาม.....
(.....)
ผู้ให้ข้อมูล

ลงนาม.....
(.....)
ผู้ป่วยหรือผู้ได้รับอนุญาตให้ลงนามแทนเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงนาม.....(พยาน)
(.....) ตำแหน่ง.....

ลงนาม.....(พยาน)
(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

โปรดระบุเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถลงนามยินยอมเพื่อรับการรักษาได้ตามปกติ

- ไม่บรรลุนิติภาวะ (อายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ : หากจดทะเบียนสมรสแล้วให้มียุมากกว่า 17 ปี บริบูรณ์)
 ผู้บกพร่องทางกายหรือพิการทางจิต อื่น ๆเช่นไม่รู้สีกตัว.....

หมายเหตุ : ผู้แทนผู้มีอำนาจได้แก่

1. บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร
2. ผู้ปกครองตามกฎหมาย
3. ผู้ดูแล หรือผู้ใกล้ชิด
4. อื่นๆ.....