

หนังสือรับทราบและยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ติดสติ๊กเกอร์ ชื่อ-สกุล

เรื่อง การให้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ หรือผู้ป่วยที่มีผลการตรวจยืนยันแพ้ยา positive เพื่อประโยชน์

HN ผู้ป่วย

ในการรักษา สำหรับแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก



วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....HN.....

ในฐานะ

☐ ผู้ป่วย

☐ญาติผู้มีสิทธิให้ความยินยอมของ นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.....

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลการรักษา ด้วยโรค/ปัญหา.....

ชื่อยาที่จำเป็นต้องได้รับในครั้งนี คือ.....

เหตุผลจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้หรือมีความเสี่ยงต่อการแพ้รุนแรงคือ

☐ ไม่มียาทางเลือกอื่นในการรักษา

☐ มีประวัติแพ้ยาที่แพ้ต่อเนื่องและไม่เกิดอาการแพ้

☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

รวมทั้งได้มีโอกาสซักถามและได้รับคำตอบเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอม/รับทราบถึงอาการไม่พึงประสงค์อาจเกิดจากการใช้ยาที่มีประวัติแพ้หรือมีความเสี่ยงต่อการแพ้รุนแรง

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ข้าพเจ้าได้รับรู้และเข้าใจสาระสำคัญของหนังสือแสดงเจตนาประสงค์ ที่จำเป็นต้องใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้หรือมีความเสี่ยงต่อการแพ้รุนแรงแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ กรณีไม่ยินยอมรับการ รักษา หากยังเกิดผลเสียอันตรายขึ้นแก่ผู้ป่วยจะไม่ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่แต่ประการใด

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....พยานของผู้ป่วย

(.....)

(.....)

ความสัมพันธ์.....

(กรณีผู้ป่วยมาคนเดียวไม่ต้องมีพยานของผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....พยานผู้ให้ข้อมูล

(.....)

(.....)

หมายเหตุ: 1. กรณีเร่งด่วนเช่นผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวติดต่อญาติ/คนรู้จักชื่อ.....

เบอร์โทร.....

