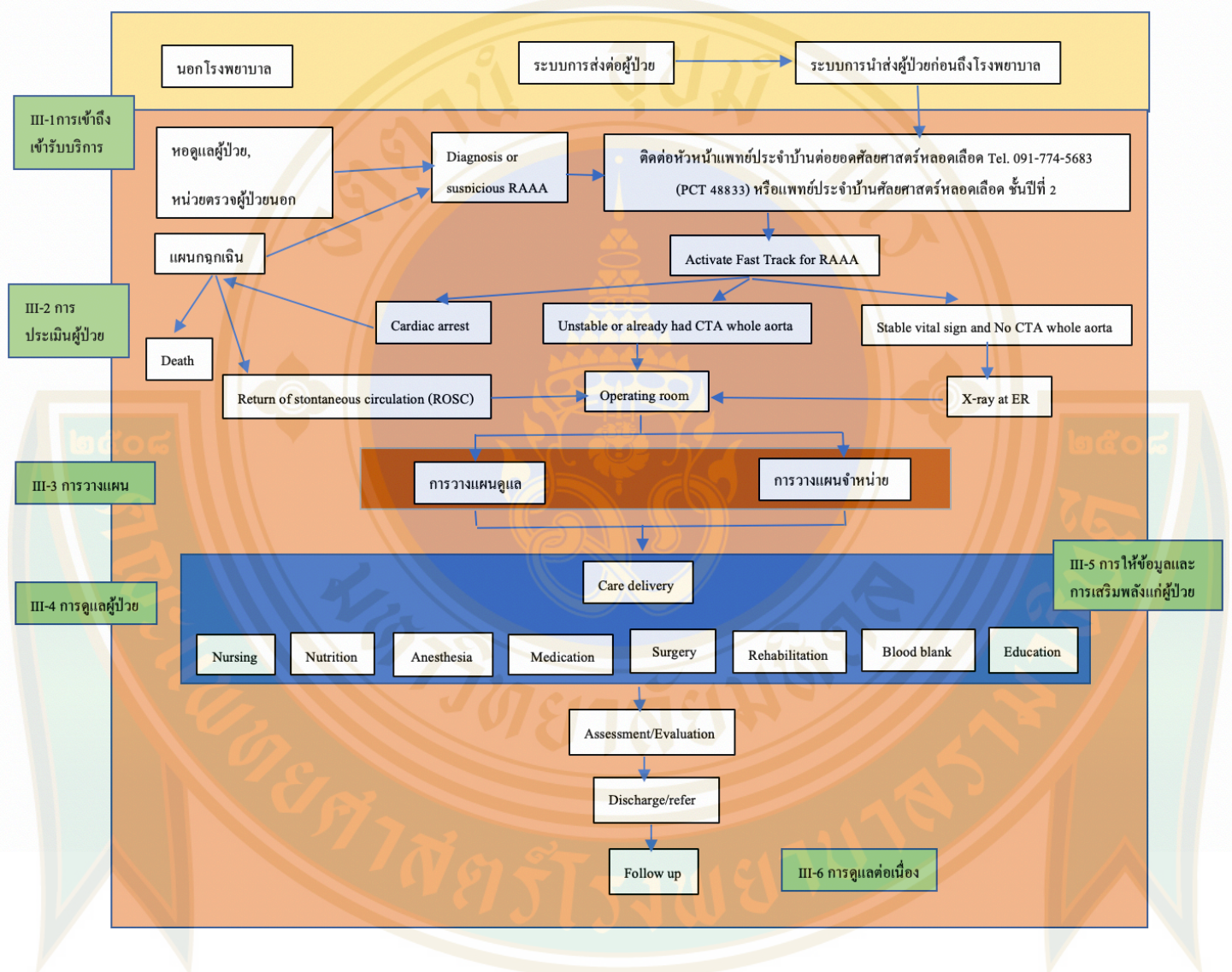
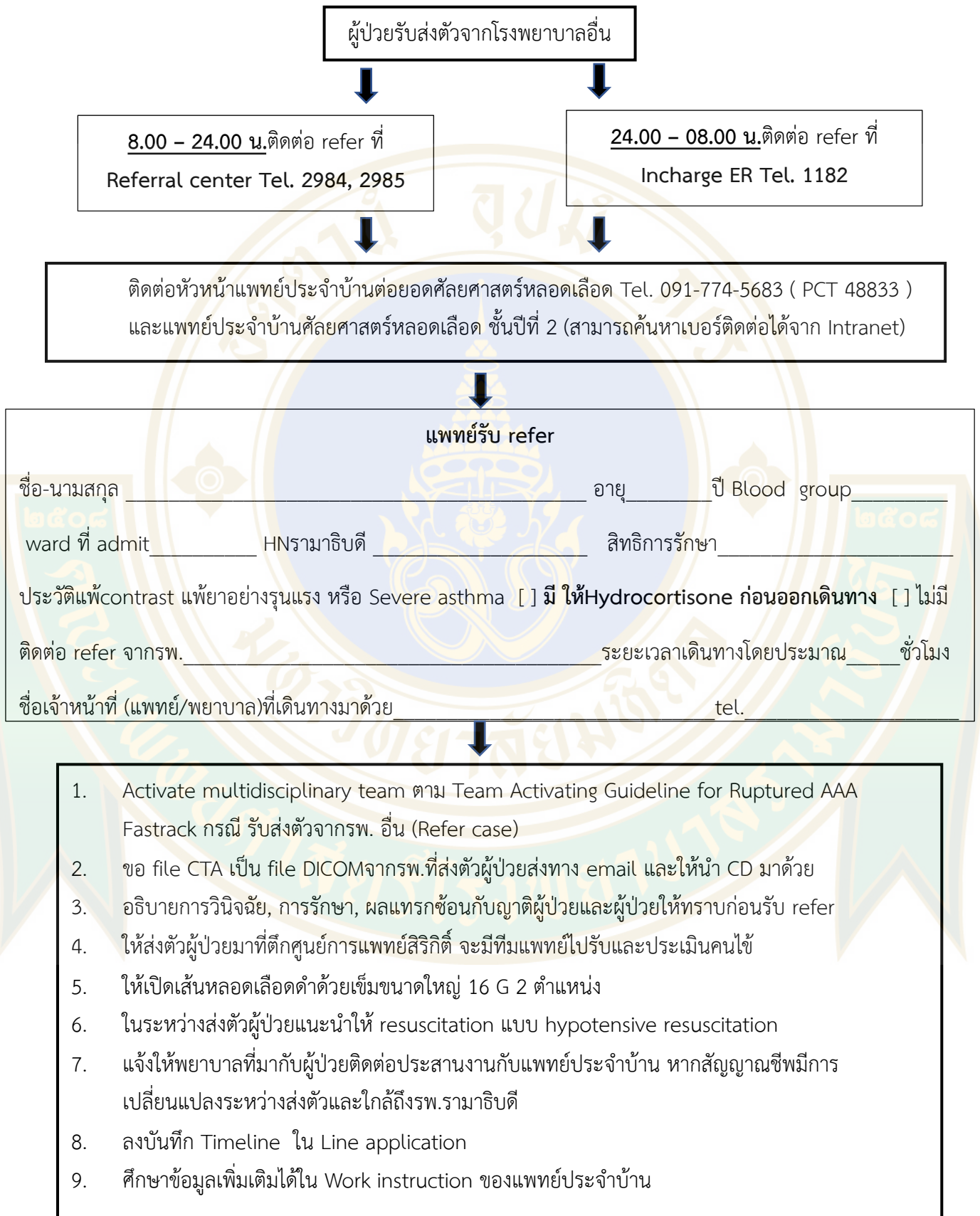


Flow chart
Ruptured AAA FastTrack Protocol

เส้นทางการไหลของกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Process Flow chart)



Flow Chart การเข้าถึงของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพองแตก
ที่รับส่งตัวจากรพ.อื่น



Team Activating Guideline for Ruptured AAA Fasttrack

กรณี รับส่งตัวจากรพ.อื่น (Refer case)

หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านต่อยอดศัลยศาสตร์หลอดเลือดพิจารณา Active FAST TRACK for RAAA

ติดต่อ refer 8.00 – 24.00 น.

หน่วย referral center (2984, 2985)

- บัตรประจำตัวผู้ป่วย (HN)
- ติดต่อ admission center (1156)

ติดต่อ Refer 24.00 – 08.00 น.

Incharge ER (1182)

- บัตรประจำตัวผู้ป่วย (HN)
- ติดต่อ admission center (2753)

เมื่อตอบรับ refer – Mx : Print + กรอก ใบ Ruptured AAA Fasttrack

หน่วยที่เกี่ยวข้อง	รายละเอียดการประสานงาน
แพทย์ประจำบ้านและ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด (Vascular Surgery)	☐ รายงานอาจารย์เจ้าของคนไข้ หาเตียง ICU หรือ intermediate ward ☐ เลื่อนการผ่าตัดที่รอได้ออกไปก่อน เตรียมห้องผ่าตัดให้พร้อม ☐ เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดทั้ง open surgery และ EVAR รวมทั้ง aortic balloon ☐ ติดต่อขอ DICOM file มารีวิว เพื่อติดต่อบริษัท Stent Graft เตรียมอุปกรณ์ ☐ Print และบันทึก: Workflow time recording form for ruptured AAA FastTrack protocol
แพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน	☐ แจ้งระยะเวลาเดินทางโดยประมาณ ☐ แจ้งว่าผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องทำ CTA whole aorta ที่ห้อง CT ของ ER (กรณียังไม่มี CTA) ☐ แจ้งว่าถ้าผู้ป่วย arrest ขณะที่มาถึง จะไป resuscitation ที่ ห้อง resuscitate
รังสีแพทย์	แจ้งเฉพาะ กรณีที่ไม่มี CTA whole aorta ☐ แจ้งระยะเวลาเดินทางโดยประมาณ ☐ แจ้งว่าผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องทำ CTA whole aorta ที่ห้อง CT ของ ER (กรณียังไม่มี CTA) ☐ แจ้งว่าผู้ป่วยมีอาการแพ้ contrast , Hx Anaphylaxis , Severe asthma หรือไม่
วิสัญญีแพทย์	☐ แจ้งว่ามีการรับคนไข้มา อธิบายแผนการรักษา ระยะเวลาเดินทางโดยประมาณ
พยาบาลห้องผ่าตัด	☐ แจ้งว่ามีการรับrefer ระยะเวลาโดยประมาณ , เตรียมห้องผ่าตัด , เจ้าหน้าที่ , อุปกรณ์ผ่าตัดทั้ง Open Repair และ EVAR , เตรียม Ultrasound / C-arm / OR Hybrid
พยาบาล ICU หรือ Intermediate ward	☐ แจ้งว่ามีการรับrefer ให้เตรียมรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ติดต่อประสานงานจากโรงพยาบาลส่งต่อ
อายุรแพทย์โรคหัวใจ	☐ แจ้งว่ามีการรับrefer ขอ standby ปรึกษาถ้ามี cardiac problem
อายุรแพทย์โรคไต	☐ แจ้งว่ามีการรับrefer ขอ standby postop Hemodialysis
คลังเลือด (tel. 1219/1229 ต่อ 200-201)	☐ แจ้งว่ามีการรับrefer ruptured AAA , แจ้ง Group blood
หน่วยเครื่องช่วยหายใจ (tel. 1311 , 1257)	แจ้งเฉพาะ กรณีที่ไม่มี CTA whole aorta ☐ ขอเครื่องช่วยหายใจมา standby ที่ ห้อง CT ที่ ER (ขอทุกระเบียงยังไม่ได้ intubate)

ประมาณ 30 นาทีก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล

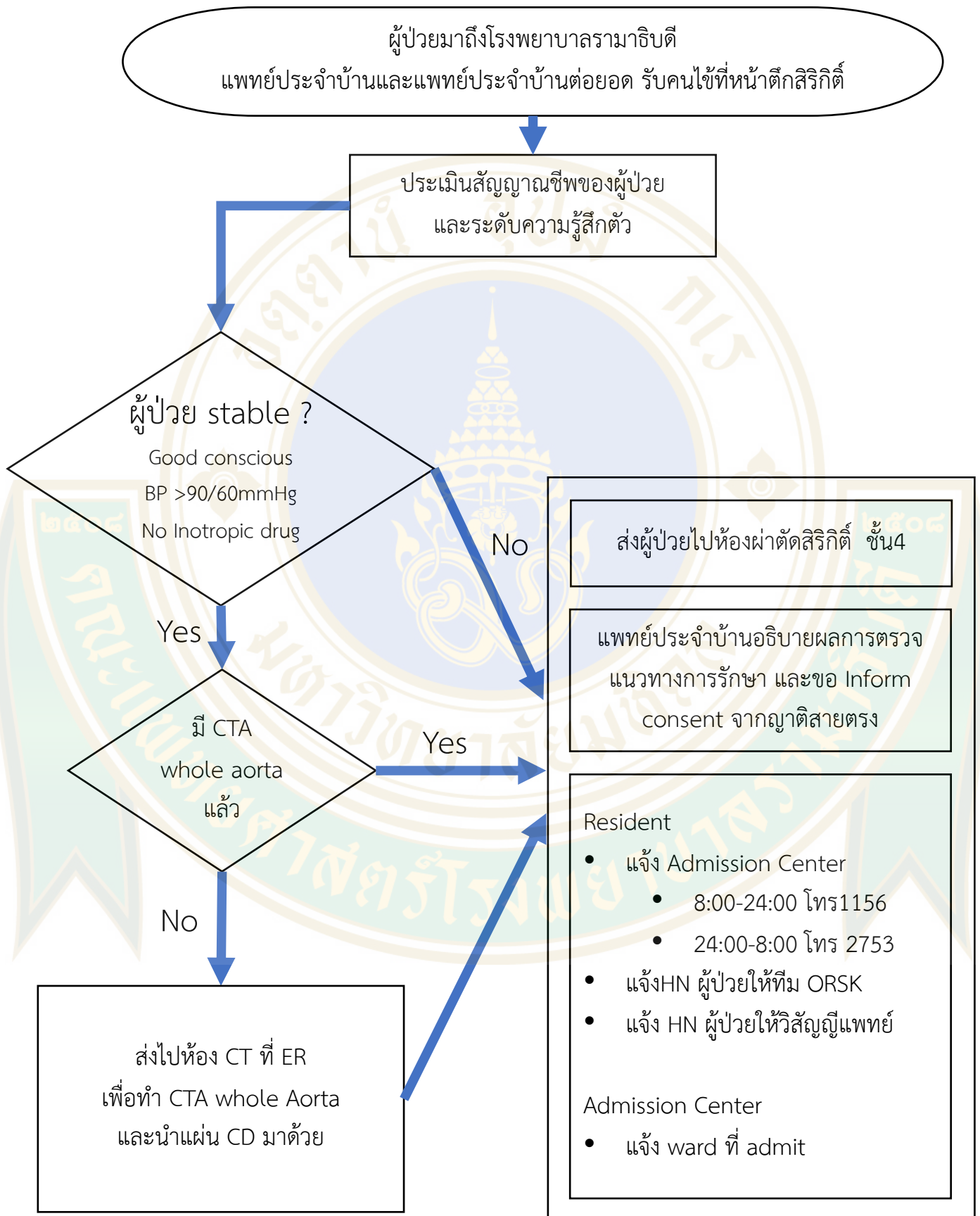
หน่วยที่เกี่ยวข้อง	รายละเอียดการประสานงาน
แพทย์ประจำบ้านและ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด (Vascular Surgery)	☐ Update status ของผู้ป่วยให้ทีมทราบ (stable / unstable) ☐ มี IV ที่เหมาะสมแล้วหรือไม่ ต้องเตรียมทำ Rapid Venous access ที่ ER หรือไม่ สำหรับกรณี Stable patient , ไม่มี CTA และไม่มี IV ที่เหมาะสม (ดู work instruction) ☐ เพื่อเตรียมทีม และอุปกรณ์มารับผู้ป่วย (กล่องรับผู้ป่วย ruptured AAA)
แพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน	☐ update เวลาและ clinical ผู้ป่วย ☐ ถ้า stable patient และไม่มี CTA → แจ้งว่าจะทำ CTA whole aorta ☐ ถ้าไม่มี IV ที่เหมาะสม ให้ขอยืมเครื่อง Ultrasound (for rapid venous access)
รังสีแพทย์	☐ update เวลาและ clinical ผู้ป่วย ☐ ถ้า stable patient และไม่มี CTA แจ้งว่าจะทำ CTA whole aorta
วิสัญญีแพทย์	☐ update เวลาและ clinical ผู้ป่วย : เพื่อเตรียมทีม และอุปกรณ์ ที่ห้องผ่าตัดฯ (ORSK ห้อง...)
พยาบาลห้องผ่าตัด	☐ เริ่มเตรียมทีม standby ในห้องผ่าตัด เปิด Ultrasound /C-arm / Angiosuite

ประมาณ 15 นาทีก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล

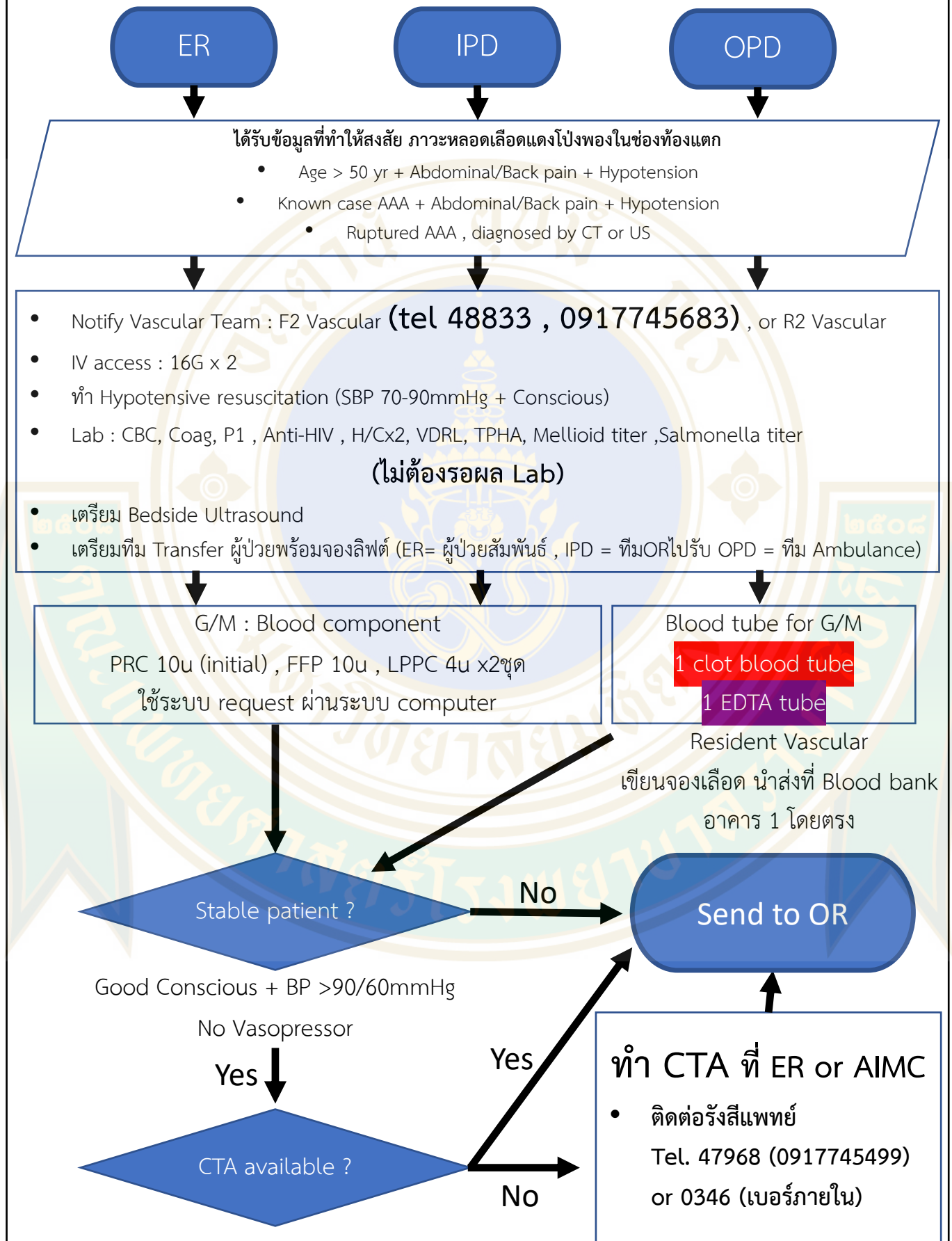
หน่วยที่เกี่ยวข้อง	รายละเอียดการประสานงาน
แพทย์ประจำบ้านและ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด (Vascular Surgery)	☐ เตรียมรับผู้ป่วยที่หน้าอาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ทีมแพทย์รับผู้ป่วย อย่างน้อย 2 คน (รองรับผู้ป่วย และ รองรับญาติของผู้ป่วย)
แพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน	☐ update เวลา และ status ของผู้ป่วย เพื่อ standby สถานที่ (ห้อง CT / ห้อง resuscitate)
รังสีแพทย์	☐ update เวลา และ status ของผู้ป่วย เคลียร์คิวผู้ป่วยที่จะใช้ห้อง CT
วิสัญญีแพทย์	☐ update เวลา และ status ของผู้ป่วย เพื่อเตรียมทีม และอุปกรณ์ รับผู้ป่วย
พยาบาลห้องผ่าตัด	☐ เริ่มเปิดsetผ่าตัด เปิดอุปกรณ์ (Sheath,GW,Catheter,Aortic balloon)
พยาบาล ICU หรือ Intermediate ward	☐ update เวลา และ status ของผู้ป่วย
คลังเลือด	☐ update เวลา และ status ของผู้ป่วย
อายุรแพทย์โรคหัวใจ	☐ update เวลา และ status ของผู้ป่วย ขอ standby ปกป้องถ้ามี cardiac problem
อายุรแพทย์โรคไต	☐ update เวลา และ status ของผู้ป่วย ขอ standby postop Hemodialysis

Flow Chart การประเมิน และแนวทางปฏิบัติ

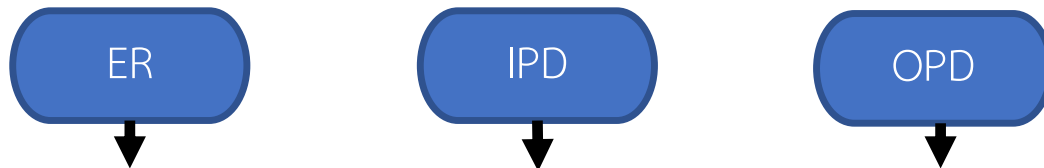
เมื่อผู้ป่วยหลอดเลือดแดงโป่งพองแตกที่รับ refer มาถึงโรงพยาบาล



Flow chart “Ruptured AAA Fasttrack” for ER,IPD &OPD (Nursing care & patient’s flow)



Flow chart “Ruptured AAA Fasttrack” for ER,IPD &OPD (Vascular Team management)

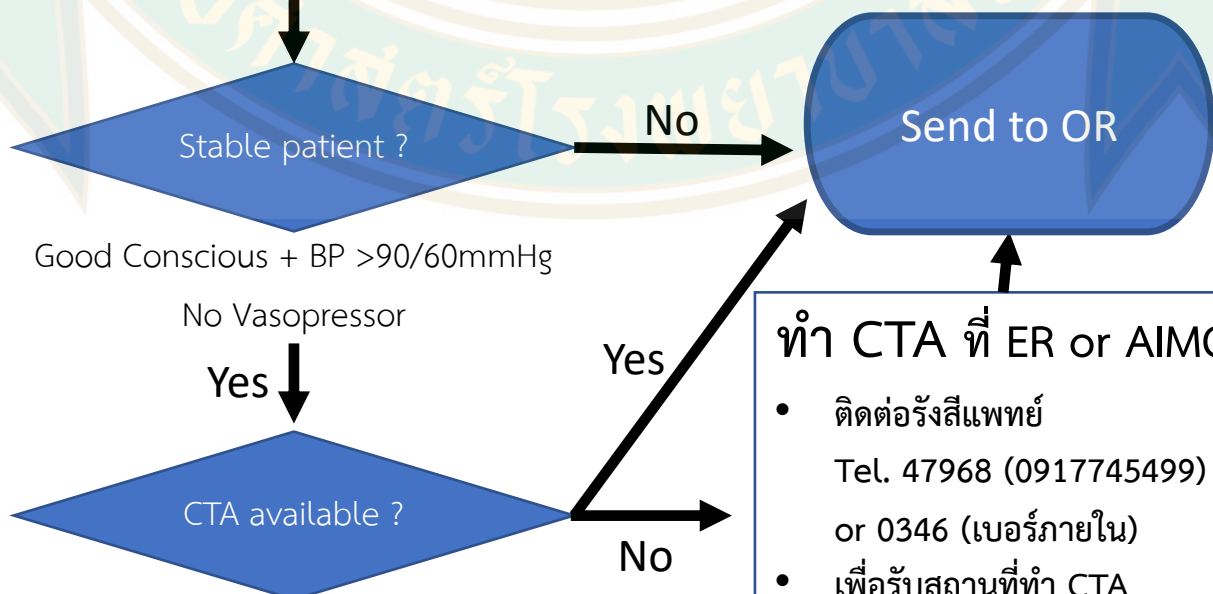


เมื่อรับ notify แล้ว ให้เข้าประเมินผู้ป่วยภายใน 30 นาที
(Time to Vascular Team arrival <30min)

- Confirm diagnosis of Ruptured AAA (Hx Taking , Physical Examination , Ultrasound)
- ถ้า clinical เข้าได้ หรือ ได้ diagnosis ให้ “Activate Ruptured AAA Fasttrack”
- ขอใบ ruptured AAA Fasttrack protocol – สั่ง print ได้จาก RAMA EMR
- Review ข้อมูล CTA whole Aorta (ภายใน 3 เดือน) แล้วหรือไม่
- IV ที่เหมาะสม มีแล้วหรือไม่
- ทำ Hypotensive resuscitation (SBP 70-90mmHg + Conscious)
- ถ้ามีประวัติแพ้ contrast /Anaphylaxis หรือ Severe Asthma
ให้ Hydrocortisone 200mg IV drip in 1/2hr + CPM 1 amp iv push
- หา ICU หรือ Intermediate ward + Activate team ตาม Team-activating Guideline

Inform consent กับญาติผู้ป่วย + ทำเรื่อง admit : ER โทร 2753 , OPD โทร 1156
เตรียม Transfer ผู้ป่วย
+ กรณี OPD case ให้นำ Tube จองเลือดพร้อมใบ request ไปส่งที่คลังเลือด ชั้น2 อาคาร 1

Blood tube for G/M 1 clot blood tube 1 EDTA tube



Team Activating Guideline for Ruptured AAA Fasttrack

กรณี ผู้ป่วยมาที่ห้องฉุกเฉิน(ER) หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) หรือ หอผู้ป่วยอื่นๆ(IPD)

เมื่อแรกได้รับ consult : ภายใน 30 นาทีหลัง ได้รับ notify

หน่วยที่เกี่ยวข้อง	รายละเอียดการประสานงาน
แพทย์ประจำบ้านและ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด (Vascular Surgery)	☐ รายงานอาจารย์เจ้าของคนไข้ หาเตียง ICU หรือ intermediate ward ☐ เลื่อนการผ่าตัดที่รอได้ออกไปก่อน เตรียมห้องผ่าตัดให้พร้อม ☐ เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดทั้ง open surgery และ EVARรวมทั้ง aortic balloon ☐ ติดต่อขอ DICOM file มารีวิว เพื่อติดต่อบริษัท Stent Graft เตรียมอุปกรณ์ ☐ Print และบันทึก: Workflow time recording form for ruptured AAA FastTrack protocol
พยาบาลประจำหอผู้ป่วย หรือหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก	☐ แจ้งว่า Activate Ruptured AAA FastTrack พร้อมขอใบ Ruptured AAA Fasttrack ☐ Confirm IV access (size , are) ☐ แจ้ง Flow ของผู้ป่วย (stable หรือ unstable , to OR หรือ to CT) ☐ แจ้งให้ติดต่อ เวรเปล (สำหรับ IPD case) หรือ หน่วย Ambulance (กรณี OPD) และติดต่อจนท.ลิฟต์ เพื่อ transfer ผู้ป่วย ☐ Confirm การจองเลือด (กรณี IPD) หรือ ขอ Tube blood สำหรับส่งคลังเลือด (OPD) สำหรับส่งคลังเลือด ชั้น2 อาคาร1(แพทย์ส่ง)
แพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน (กรณี ER)	☐ แจ้งว่า Activate Ruptured AAA FastTrack พร้อมขอใบ Ruptured AAA Fasttrack ☐ Confirm IV access (size , are) ☐ แจ้ง Flow ของผู้ป่วย (stable หรือ unstable , to OR หรือ to CT) ☐ Confirm การจองเลือด
รังสีแพทย์	กรณีที่ไม่มี CTA whole aorta โทรแจ้งแพทย์ประจำบ้าน Xray เวรER ที่ Tel. 47968 (0917745499) or 0346 (เบอร์ภายใน) ☐ แจ้งว่ามี Rupture AAA พร้อมบอกสถานที่ผู้ป่วย เพื่อขอคิว CTA whole Aorta (Emergency) ☐ กรณีต้องทำ Lumbar drain ต้องขอทำ CT brain non-contrast (ถ้าไม่เคยทำมาก่อน) ☐ ให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกลับ (อย่างน้อย 2 เบอร์)
วิสัญญีแพทย์	☐ แจ้งว่า Activate Ruptured AAA FastTrack ผู้ป่วยอยู่ในรามาธิบดีแล้ว พร้อม update status ของผู้ป่วย
พยาบาลห้องผ่าตัด	☐ แจ้งว่า Activate Ruptured AAA FastTrack ผู้ป่วยอยู่ในรามาธิบดีแล้ว
พยาบาล ICU หรือ Intermediate ward	☐ แจ้งว่า Activate Ruptured AAA FastTrack ผู้ป่วยอยู่ในรามาธิบดีแล้ว ให้ติดต่อประสานงานจากกับ OPD , ER หรือ ward ที่ผู้ป่วยอยู่
อายุรแพทย์โรคหัวใจ	☐ แจ้ง Activate Ruptured AAA FastTrack ขอ standby ปรีกษาถ้ามี cardiac problem
อายุรแพทย์โรคไต	☐ แจ้ง Activate Ruptured AAA FastTrack ขอ standby postop Hemodialysis
คลังเลือด (tel. 1219/1229 ต่อ 200-201)	☐ แจ้ง Activate Ruptured AAA FastTrack ☐ กรณีผู้ป่วย OPD ติดต่อส่ง Tube Blood จองเลือด พร้อมใบ request (ดู Work Instruction)
หน่วยเครื่องช่วยหายใจ (tel. 1311 , 1257)	แจ้งเฉพาะ กรณีที่ไม่มี CTA whole aorta ☐ ขอเครื่องช่วยหายใจมา standby ที่ ห้อง CT +ระบุนสถานที่ (ขอทุกเคสแม้ยังไม่ได้ intubate)

ตัวอย่างเอกสาร ใบ Ruptured AAA FastTrack Protocol

 รหัสนี้	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University	HN _____ นาย ชัยวิวัฒน์ ทองทวีชัยกิจ อายุ _____ ปี เดือน _____ วัน _____ วันเกิด _____ สิทธิการรักษา _____ วันที่เข้ารับบริการ 05 กันยายน 2562 13:42:00 น. Patient Ident. _____
---	--	---

CC : _____		Triage level : _____		ลงชื่อ _____	
PR : _____ /min	RR : _____ /min	BP : _____ mmHg	☐ เดินมา	☐ รดน้ำ	☐ รดนอน
Wt : _____ Kgs.	Ht : _____ cm.	T : _____ °C	O ₂ Sat _____ %		

สถานที่	เวลา		ลงชื่อ	สถานที่	เวลา		ลงชื่อ
	เวลา	สิ้นสุด			เวลา	สิ้นสุด	
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

Ruptured AAA Fasttrack protocol , 1st Edition 2019 ใบบันทึกเวลา workflow for rAAA protocol

ผู้บันทึกข้อมูล _____ รหัสนี้โรงพยาบาล _____ (แพทย์ประจำบ้านปี _____ หน่วย Vascular)

Protocol activate date : ____/____/____

Type of protocol : [] refer from _____ Departure time : _____

[] ER [] IPD [] OPD

Patient arrival time (refer case) : ____:____

Vascular consult time (ER/IPD case) : ____:____

Vascular Team visit time : ____:____ Consultant _____ on-service Fellow _____

Patient status : [] stable

[] good conscious [] BP>90/60 [] no vasopressor

[] unstable → bypass to OR

[] Cardiac arrest on Arrival → transfer to ER time : ____:____

[] CPR duration _____ min : continue Operation [] yes [] no

Predictive Factor :

Hardman Index : ____pt due to : [] Age > 76y [] Hb < 9 g/dL [] loss of Conscious

[] Creatinine > 2mg/dL [] Ischemic pattern in EKG

Other : [] Hx of CVA [] Hx of Myocardial disease [] Hx of CKD

CTA available : [] yes [] no – fill info below

CTA requesting time : ____:____ (only IPD case)

CTA calling time : ____:____ (only IPD case)

Time to CT room : ____:____

CTA Finishing Time : ____:____

IV access : [] มีอยู่แล้ว [] by Anes (ในOR) [] by preop Team (ก่อนเข้า OR)

Tube Blood time : ____:____

1st Blood component to OR time : ____:____

*** เวลาที่คลังเลือดได้รับใบขอเลือดและตัวอย่างเลือด , เวลาที่ Blood component พร้อมจำหน่าย , เวลาที่จนท.ห้องผ่าตัดมารับ Blood component : บันทึกในระบบ registry ของคลังเลือดแล้ว***

Team notification time :

ER - 1st notify ____:____ 2nd notify-Before arrival ____:____

Radio - 1st notify ____:____ 2nd notify-Before arrival ____:____ [] not notify: CTA ready

Anes - 1st notify ____:____ 2nd notify-Before arrival ____:____ Consultant _____

OR - 1st notify ____:____ 2nd notify-Before arrival ____:____

Bloodbank - 1st notify ____:____ 2nd notify-Before arrival ____:____

Cardio - 1st notify ____:____ 2nd notify-Before arrival ____:____ Consultant _____

Nephro - 1st notify ____:____ 2nd notify-Before arrival ____:____ Consultant _____

Postop Admit to : [] 3IC [] 4IT [] 5IC [] other : _____

** Time to OR , Incision time : บันทึกใน Perioperative nursing record **



พิมพ์โดย : _____ IP: _____

ตัวอย่างเอกสาร ใบ Inform Consent for Ruptured AAA



รหัสแผนก

คลินิก

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital
Mahidol University

HN

นาย ชัยวิวัฒน์ ทองทวีชัยกิจ

อายุ ปี เดือน วัน

วันเกิด

สิทธิการรักษา

วันที่เข้ารับบริการ 05 กันยายน 2562 14:46:07 น.

Patient Ident.



หนังสือแสดงเจตนาขอเข้ารับการรักษา และการผ่าตัดรักษาภาวะหลอดเลือดแดงโป่งพองในช่องท้องแตก

(Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm) (ฟอร์ม ข.96)

ข้าพเจ้าในฐานะ ☐ ผู้ป่วย ชื่อนาย/นาง/นางสาว

☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย ชื่อนาย/นาง/นางสาว

อายุ ปี ถือบัตร ☐ ประจําตัวประชาชน ☐ ราชการ ☐ อื่นๆ

เลขที่ โดยเกี่ยวข้องกับฐานะเป็น ของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้รับคำอธิบายจนเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดแดงโป่งพองในช่องท้องแตก (Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm) ว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรักษาเร่งด่วน และมีวิธีการรักษาด้วย 2 วิธี ได้แก่ (1) การรักษาหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตาในช่องท้องโป่งพองแตก โดยวิธีผ่าตัดใส่ขดลวดหุ้มหลอดเลือดเทียม (EVAR) หรือ (2) วิธีการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง (Open Aortic Aneurysmorrhaphy) โดยขึ้นอยู่กับสภาวะร่างกายของผู้ป่วยและการวินิจฉัยของแพทย์ในขณะนั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ดังนี้

ประโยชน์ที่ได้รับ : เพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากการเสียชีวิตเนื่องจากภาวะหลอดเลือดแดงโป่งพอง

ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น : กระบวนการในการผ่าตัดรักษาภาวะดังกล่าวอาจก่อให้เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ดังนี้

- มีโอกาสต้องเจาะคอเพื่อช่วยการหายใจ (Tracheostomy)
- มีโอกาสต้องฟอกไตตลอดชีวิต (Hemodialysis)
- มีโอกาสต้องมียูเรียมผ่านทางหน้าท้อง (Colostomy)
- มีโอกาสต้องเสียขาจากภาวะขาดเลือด (Major amputation of Lower Extremities)
- มีโอกาสเกิดอัมพาต แขน-ขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง (Hemiplegia due to ischemic stroke) หรือขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง (Paraplegia from Spinal Cord ischemia) ฉาก
- มีการรั่วของหลอดเลือดแดงโป่งพองหลังใส่ขดลวดหุ้มหลอดเลือดเทียม (Endoleak)
- มีโอกาสเสียชีวิตทั้งระหว่างการผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัด โดยรวมประมาณ 40-50%

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กระทำตามวิธีการดังกล่าวข้างต้น รวมถึงสามารถกระทำการรักษา/หัตถการเพิ่มเติมที่จำเป็นในการรักษาดังกล่าว เช่น การระงับความรู้สึก การให้เลือดและ/หรือผลิตภัณฑ์ของโลหิต การวินิจฉัยทางรังสีวิทยา และพยาธิวิทยา การตัดชิ้นเนื้อหรือส่วนของอวัยวะ เป็นต้น ซึ่งกระทำโดยทีมแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด/รักษา/ตรวจวินิจฉัย จนสิ้นสุดกระบวนการรักษาในครั้งนี้

ข้าพเจ้าทราบว่า การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์หรืออาจมีเหตุสุดวิสัยเกิดขึ้นได้ แม้ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพจะใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอ ตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ในการรักษาพยาบาลนั้นๆ แล้ว (ตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยข้อ 7.4)

ข้าพเจ้ารับทราบว่า ในการทำหัตถการ อาจมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าเลือกใช้ ซึ่งข้าพเจ้าได้รับทราบจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งอาจเป็นค่าประมาณการ และข้าพเจ้ายินดีที่จะชำระค่าใช้จ่ายนั้นแก่โรงพยาบาล

ข้าพเจ้าทราบว่า คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ซึ่งรวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลดังกล่าวไปดำเนินการเพื่อการวินิจฉัยรักษา ตลอดจน การศึกษาและวิจัยต่อไป

ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้แล้ว ขอแสดงเจตนายินยอมรับการรักษาสภาวะหลอดเลือดแดงโป่งพองในช่องท้องแตก (Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm) และยอมรับในความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อไป

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย

แพทย์ รักษุบุคคล

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

พยาน (ระบุความสัมพันธ์)

พยาน (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล) รักษุบุคคล

☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว

☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยมาคนเดียว

คำอธิบายฟอร์ม

1. ผู้แสดงเจตนาให้ความยินยอม เพื่อรับการผ่าตัดและหัตถการต้องเป็นผู้ป่วย เว้นแต่กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมเองได้ เช่น หมดสติ ไร้บุพการี คู่สมรส ผู้สืบสันดาน ญาติ เป็นต้น เป็นผู้ให้ความยินยอมแทน และในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้ปกครอง ผู้ปกครองทางจิต ไร้บุพการี ญาติ ผู้ดูแล หรือผู้ดูแลเป็นผู้ให้ความยินยอมแทน (ตามประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อ 9)
2. แพทย์ลงนามในส่วนแพทย์ ให้ระบุรักษุบุคคล
3. พยานผู้ป่วยให้ระบุความสัมพันธ์ พยานที่เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ให้ระบุรักษุบุคคล
4. บัตรอื่น ๆ ให้ระบุชนิดของบัตร



พิมพ์โดย: IP: