

หนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษาด้วยการให้โลหิตและส่วนประกอบโลหิต

- ข้าพเจ้าในฐานะ ○ ผู้ป่วย ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....
- ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....
- อายุ.....ปี ถิ่นบัตร ประจำตัวประชาชน ราชการ อื่นๆ.....
- เลขที่..... โดยเกี่ยวข้องกับฐานะเป็น.....ของผู้ป่วย
- ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจว่าการรักษาที่.....ครั้งนี้มีความจำเป็นต้อง
- ได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด รวมทั้งได้รับการอธิบายจนเข้าใจถึงวิธีการและโอกาสเสี่ยงที่อาจ
- เกิดขึ้นจากการได้รับเลือดหรือส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือด ดังนี้
1. แพทย์ที่สั่งชื่อ.....ให้..... แก่ตนเอง หรือผู้ป่วยชื่อ..... ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับประโยชน์ ความเสี่ยง ทางเลือกอื่น ผลจากการปฏิเสธ
 2. วิธีการ ให้ผ่านเส้นเลือดดำ ด้วยวิธีการปลอดเชื้อที่ได้มาตรฐาน คาดการณ์ระยะเวลาให้เลือด 30 นาที – 4 ชั่วโมง
 3. ประโยชน์ 1. รักษาโลหิตจาง 2. เพื่อให้ทดแทนเลือดที่เสียไปจากอุบัติเหตุหรือการผ่าตัด 3. เพื่อให้รักษาภาวะเลือดออกผิดปกติจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำหรือทำงานผิดปกติ 4. รักษาภาวะเลือดออกผิดปกติจากการขาดส่วนประกอบเลือด
 4. ความเสี่ยง
 - 4.1 ผลข้างเคียงจากการเจาะเลือด เช่น มีรอยจ้ำเขียว อาการบวมและเจ็บในตำแหน่งแทงเข็ม
 - 4.2 อาการข้างเคียงจากเลือด/ส่วนประกอบเลือด ที่เป็นชั่วคราวและไม่รุนแรง ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ไข้หนาวสั่น ผื่นคันตามผิวหนังหรือลมพิษ
 - 4.3 ปฏิกริยาที่รุนแรงจนอาจถึงชีวิตได้ เช่น การเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกจากหมู่เลือดไม่เข้ากัน ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก เนื่องจากเลือดทุกหน่วยได้รับการตรวจสอบเข้ากันได้กับผู้ป่วยอย่างรอบคอบและได้มาตรฐานแล้ว และ การแพ้โปรตีนในเลือดบางชนิดอย่างรุนแรง ซึ่งพบได้ไม่บ่อยในคนไทย
 - 4.4 การติดเชื้อผ่านการให้เลือด เช่น ไวรัสตับอักเสบบี มาลาเรีย เชื้อเอชไอวี (HIV) ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง แบคทีเรีย อาจเกิดจากเชื้อในเลือดที่มีปริมาณต่ำมากจนไม่สามารถตรวจพบได้เนื่องจากข้อจำกัดทางเทคโนโลยี แม้ว่าจะได้คัดกรองโรคติดเชื้อตามมาตรฐานแล้ว
 5. ทางเลือกอื่นนอกจากการรับเลือด ได้แก่.....
 6. ผลจากการปฏิเสธเลือดนี้ในผู้ป่วยรายนี้คือ.....
 7. ข้าพเจ้าได้เปิดเผยข้อมูลและประวัติของตนให้แพทย์ทราบทั้งหมดแล้ว
 8. ข้าพเจ้าทราบว่า การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์หรืออาจมีเหตุสุดวิสัยเกิดขึ้นได้ แม้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอ ตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ในการรักษาพยาบาลนั้น ๆ แล้ว (ตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยข้อ 7.4)

9. ข้าพเจ้าได้ใช้เวลาไตร่ตรองและตัดสินใจด้วยตนเองแล้วว่าจะยินยอมรับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ทั้งได้อ่านและเข้าใจหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้ รวมทั้งยอมรับความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยตลอดแล้วจึงขอแสดงเจตนายินยอมด้วยความสมัครใจเข้ารับเลือด หรือส่วนประกอบของเลือด ระหว่างวันที่..... ถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

10. ลายเซ็น

ผู้ให้ข้อมูลทางการแพทย์

ผู้ป่วย

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง..... รหัสบุคคล.....

กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือผู้ป่วย ระบุนิ้ว.....ข้าง.....

วันที่/เวลา.....

วันที่/เวลา.....

พยานฝ่ายผู้ให้ข้อมูลทางการแพทย์

พยานฝ่ายผู้ป่วย

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง..... รหัสบุคคล.....

ความสัมพันธ์.....

วันที่/เวลา.....

วันที่/เวลา.....

ผู้แทนโดยชอบธรรม

ลงชื่อ.....

(.....)

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....

ระบุหมายเลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง.....

(กรณีผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้แทนโดยชอบธรรมได้รับฟังคำอธิบายต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นและได้ลงนามยินยอมแทนผู้ป่วย)

วันที่/เวลา.....

ส่วนนี้สำหรับ การแปลและให้ข้อมูลโดยล่ามผู้แปลภาษา

กรณีผู้ป่วยชาวต่างชาติ มีความประสงค์ต้องการใช้ล่ามในการแปลภาษา ให้ล่ามผู้แปลภาษากรุณากรอกข้อมูลต่อไปนี้

ข้าพเจ้าชื่อ.....เป็นล่ามผู้

แปลภาษา ได้ทำการแปลหนังสือแสดงเจตนาการรับเลือดและ/ หรือส่วนประกอบต่างๆ ของเลือด ถึงข้อมูลทางการแพทย์ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจโดยใช้ภาษา.....

คำอธิบายฟอร์ม

1. ผู้แสดงเจตนาให้ความ ยินยอม เพื่อรับการผ่าตัดและหัตถการต้องเป็นผู้ป่วย เว้นแต่กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมเองได้ เช่น หมดสติ ให้บุพการี คู่สมรส ผู้สืบสันดาน ญาติ เป็นต้น เป็นผู้ให้ความยินยอมแทน และในกรณีผู้เยาว์ที่มีอายุน้อยกว่า : 18 ปี ผู้วิกลจริต ผู้บกพร่องทางจิต ให้บุพการี ญาติ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลเป็นผู้ให้ความยินยอมแทน (ตามประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อ 9)
2. ผู้ให้ข้อมูลทางการแพทย์ ให้ระบุรหัสบุคคล
3. พยานผู้ป่วยให้ระบุความสัมพันธ์ พยานที่เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ให้ระบุรหัสบุคคล
4. บัตรอื่น ๆ ให้ระบุชนิดของบัตร