

## คำแสดงความยินยอมผ่าตัดทำหมัน

### คำนำ

การผ่าตัดทำหมันเป็นการผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อผูกและตัดท่อนำไข่ทั้งสองข้างเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์

### ผลจากการผ่าตัด

- หลังผู้ป่วยทำหมันส่วนใหญ่จะไม่สามารถมีบุตรได้อีก
- ในผู้ป่วยส่วนน้อย ท่อนำไข่อาจมาต่อกันได้ ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้อีกทั้งภายในและภายนอกมดลูก
- การต่อหมันสามารถทำได้แต่ผลไม่ดีนักและต้องผ่าตัดโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ
- หลังผ่าตัด อาจมีพังผืดเกิดขึ้นในช่องท้อง ทำให้ปวดท้องน้อยเป็นเวลานานแต่พบได้น้อย
- อาจมีการอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัดได้
- ผลแทรกซ้อนอื่นๆพบได้เช่นเดียวกับการผ่าตัดอื่นๆเช่นเสียเลือด, เจ็บเสียวผ่าตัดที่ผิวหนังเป็นต้น  
อนึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆซึ่งไม่สามารถกล่าวถึงทั้งหมดในที่นี้ได้

**ทางเลือก** การคุมกำเนิดชั่วคราว ข้อดี คือ ไม่เสี่ยงต่อการผ่าตัด ข้อเสีย คือ เสี่ยงต่อผลข้างเคียงของการคุมกำเนิดชั่วคราวและมีโอกาสมีบุตรหากหยุดยาคุมกำเนิด

ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 1-3 วัน พักฟื้นประมาณ 2-4 สัปดาห์

แพทย์ทำการรักษาหรือพยาบาลได้อธิบายถึงข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แม้ว่าจะไม่สามารถอธิบายครอบคลุมภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่เกิดขึ้นได้

แต่ผู้อธิบายก็ได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจ รวมทั้งข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นอ่านให้ฟังเรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

**หมายเหตุ :** หากระหว่างผ่าตัดพบพยาธิสภาพของอวัยวะ ส่วนอื่นที่จำเป็นต้องผ่าตัด ข้าพเจ้ายินยอมให้อยู่ในวิจาร์ณญาณของแพทย์ที่จะทำการผ่าตัดตามที่เห็นสมควรได้

วันที่..... เวลา .....

ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอมทำผ่าตัด ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น.....

ลงชื่อ..... พยานฝ่ายผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น.....

ลงชื่อ..... พยาบาลผู้ให้คำแนะนำ ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ..... พยานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ตำแหน่ง .....

ชื่อ-สกุล..... อายุ ..... HN.....

วินิจฉัย..... WARD..... แพทย์.....