

ใบแสดงการรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการผ่าตัดทำหมัน

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ป่วย)..... อายุ..... ปี HN.....

หรือ...อำนาจการแทน... เกี่ยวข้องเป็น..... ของ..... (ชื่อผู้ป่วย)

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์โรงพยาบาล..... ทำการรักษา (ชื่อผู้ป่วย).....

วิธีการ

○ ทำหมันหลังคลอด โดยทั่วไปแพทย์จะทำหมันหลังคลอดภายใน ๑-๓ วัน หลังจากที่ได้รับความรู้สึก แพทย์จะผ่าตัดเปิดหน้าท้องบริเวณใต้สะดือหรือต่ำกว่านั้น เป็นแผลยาวประมาณ ๒-๓ ซม. และใช้เครื่องมือจับและผูกและ/หรือตัดท่อนำไข่ทั้ง ๒ ข้าง แล้วจึงเย็บปิดหน้าท้อง

○ ทำหมันแห้ง ทำเมื่อหญิงนั้นไม่อยู่ระยะหลังคลอดและแน่ใจว่าไม่ได้ตั้งครรภ์ หลังจากที่ได้รับความรู้สึก ก. แพทย์จะผ่าตัดเปิดหน้าท้องบริเวณสะดือ เป็นแผลยาวประมาณ ๒-๔ ซม. และสอดเครื่องมือเข้าไป ส่องดูในอุ้งเชิงกราน และใช้อุปกรณ์เล็ก ๆ คล้ายห่วงยางไปรัดท่อนำไข่ทั้ง ๒ ข้างให้ตีบตัน แล้วจึงเอาเครื่องมือออก และเย็บปิดแผลผ่าตัด ข. แบบอาจมีการใส่เครื่องมือกมตลกทางช่องคลอด และแพทย์จะผ่าตัดเปิดหน้าท้องบริเวณเหนือหัวเหน่า เป็นแผลยาวประมาณ ๒-๔ ซม. และใช้เครื่องมือจับผูกและตัดท่อนำไข่ทั้ง ๒ ข้าง แล้วจึงเย็บปิดหน้าท้อง

ข้าพเจ้าได้ขอให้แพทย์ทำการผ่าตัดทำหมันให้..... ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการผ่าตัดนี้จะทำให้เป็นหมัน ซึ่งการแก้หมันในภายหลังทำได้ยาก ข้อมูลทางการแพทย์ขณะนี้พบว่าผู้ที่ได้รับการทำหมันหญิงแล้ว จะเป็นหมันโดยไม่ต้องคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นอีก แต่ที่ยังอาจตั้งครรภ์ได้อีก อัตราการตั้งครรภ์หลังทำหมัน พบได้ประมาณ ๔ รายใน ๑,๐๐๐ รายและ ๑ ใน ๓ ของผู้ที่ตั้งครรภ์อาจเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก ดังนั้น ผู้ที่สงสัยว่าอาจตั้งครรภ์ ควรปรึกษาแพทย์

ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ การระงับความรู้สึก การอักเสบติดเชื้อ เลือดออกในช่องท้อง หรือก่อนเลือดบริเวณแผลผ่าตัด แผลไม่ติด เกิดอันตรายต่ออวัยวะอื่นในช่องท้อง โดยทั่วไปภาวะแทรกซ้อนนี้ไม่พบบ่อย ไม่รุนแรงและสามารถรักษาได้ไม่ยาก ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหมันแห้ง ในกรณีที่ใช้เครื่องส่องดูในอุ้งเชิงกราน จะรู้สึกแน่นที่ขาทั้งสองข้าง ปวดได้ เนื่องจากขณะที่ทำหมัน ต้องใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง แต่จะหายได้เอง

ข้าพเจ้าได้รับทราบโดยละเอียดถึงผลที่จะได้รับหลังการผ่าตัดทำหมัน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดทั้งทราบว่ามีวิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น ๆ อีกที่ข้าพเจ้าจะเลือกใช้ก็ได้ แต่ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้แพทย์ทำหมัน และยอมรับผลที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว ข้าพเจ้าจะยกเลิกความยินยอมนี้เมื่อใดก็ได้ก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดทำหมัน

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์/เจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการผ่าตัดทำหมัน

(.....)

ลงชื่อ.....สามี/พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ชื่อ.....

.....

ลงชื่อ.....พยาน/ความสัมพันธ์.....

(.....)

ลงชื่อ.....