

หนังสือรับทราบและไม่ยินยอมให้ทำการรักษา ผ่าตัด หัตถการ

โรงพยาบาลสามร้อยยอด

วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว) ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วย

เกี่ยวข้องกับ ของผู้ป่วยชื่อ (นาย,นาง,นางสาว)

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโรค การรักษา ผ่าตัด หัตถการ จนเป็นที่พอใจจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ถึงผลการรักษาแล้ว ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษา ผ่าตัด หัตถการ ทั้งนี้หากมีเหตุเสียหายหรืออันตรายเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่เอาผิดแก่โรงพยาบาลสามร้อยยอด

จึงได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าพยานเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ไม่ให้คำยินยอม ลงชื่อ แพทย์/พยาบาล

(.....)

(.....) ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ พยาน

ลงชื่อ พยาน

(.....)

(.....)

เกี่ยวข้องกับ ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง

☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว

หมายเหตุ (ก) ใช้ในกรณีรับไว้เป็นผู้ป่วยใน และ ผู้ป่วยนอก (ข) ใช้ในกรณีทำการผ่าตัด /หัตถการ / ตรวจวินิจฉัยพิเศษหรือมีความเสี่ยง (ก+ข) ใช้ทั้ง 2 กรณี

1. ให้อธิบายรายละเอียดข้อมูลทุกครั้ง ก่อนการลงลายมือชื่อในแบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา ทำหัตถการ ผู้ให้คำยินยอมได้แก่

1.1 ผู้ป่วย กรณีบรรลุนิติภาวะและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 1.2 สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สีกตัว)

1.3 ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ 1.4 ผู้อนุญาต กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ

1.5 ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

2. กรณีผู้ให้ความยินยอมลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องระบุชื่อ โดยผู้พิมพ์ลายนิ้วมือให้ชื่อจริงของผู้ป่วยในวงเล็บกำกับไว้

3. กรณีผู้ป่วยไม่มีญาติหรือผู้นำส่งให้ระบุเพิ่มเติมในช่องหมายเหตุ " " หากไม่มีญาติ