



กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลบ้านนา

CNPG: แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI

รหัส : CNPG-NUR-003

วันที่มีผลบังคับใช้/วันที่ออกเอกสารครั้งแรก : วันที่ 6 มิถุนายน 2567

ผู้จัดทำ
Mart

(นางพรรณวดี ฉายบุญครอง)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6 มิถุนายน 2567

ผู้อนุมัติ
QK

(นางสาวพรลภัส เชี่ยวชาญนิธิกิจ)
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
6 มิถุนายน 2567

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทาง (CNPG) บรรลุเป้าหมาย ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแล/เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย

ขอบเขต

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ Chest pain Checklist และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด (STEMI)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ประเมิน ถูกต้อง รวดเร็ว
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างถูกต้องและรวดเร็ว
3. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาและภายหลังได้รับยาลดลิ่มเลือด
4. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการส่งต่อต่อทันเวลา

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด STEMI จุดคัดกรอง/คัดแยก/พยาบาลที่พบผู้ป่วยคนแรก

วิธีปฏิบัติ

1. คัดกรองโดยใช้แบบประเมิน Chest pain Checklist
2. ชักประวัติผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI)

การซักประวัติเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกดังนี้

1.1 ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง

1.2 ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกเป็นอย่างไร เช่น เจ็บเหมือนมีของหนักมาทับ เจ็บตื้อๆ ทำอย่างไรอาการเจ็บจึง

ทุเลาลง เช่น ผู้ป่วยอาจบอกว่่านั่งพักแล้วดีขึ้น หรือบอกว่าอมยาไปแล้วไม่ดีขึ้น เป็นต้น

1.3 บริเวณหรือตำแหน่งที่เจ็บโดยให้ผู้ป่วยบอกหรือชี้ตำแหน่งที่เจ็บและอาจถามว่านอกจากบริเวณนี้แล้วยังมี

อาการเจ็บที่อื่นอีกหรือไม่เช่นเจ็บร้าวไปบริเวณอื่นเช่น คอ แขนซ้าย หลังและกราม เป็นต้น

1.4 เวลาที่มีอาการเจ็บหน้าอก เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกเวลา (ระบุเวลาที่เจ็บ) และเจ็บนานเท่าไร จึงทุเลาลงหรือ

หายเจ็บ (มีความสำคัญมากที่จะต้องซักประวัติเกี่ยวกับเวลาให้ได้ เพราะจะเป็นข้อมูลที่ใช้ในการพิจารณาให้การรักษาผู้ป่วย

เพราะ หากเลย 12 ชั่วโมงไปแล้ว ถือเป็นข้อห้ามในการให้ยาลดลิ่มเลือด)

3. เมื่อประเมินผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ Chest pain Checklist ให้ส่งผู้ป่วยเข้าระบบ Fast Track ทำ EKG ภายใน 10 นาที และรายงานแพทย์ทันที กรณีพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ ที่หอบผู้ป่วยให้ทำ EKG ทันทีและรายงานแพทย์)

4. กรณีผู้ป่วยถูกส่งต่อมาจาก รพ.สต. พร้อมแบบซักประวัติ ช่องทางด่วนผู้ป่วยสงสัย STEMI จาก รพ.สต. ถึง ER รพ.บ้านนา ให้เข้าระบบ Fast Track ที่ ER ทันที

แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1. เจ็บครั้งแรก, เจ็บบริเวณหน้าอก โดยเฉพาะผู้ชายอายุ ≥ 45 ปีหรือผู้หญิง ≥ 55 ปี และไม่สัมพันธ์กับ Trauma
2. เจ็บแน่นๆเหมือนมีอะไรมาทับหน้าอก หรือเจ็บบริเวณลิ้นปี่รุนแรง อาจร้าวไปไหล่ , แขน , ใต้คาง และสะบัก
3. อาการเจ็บหน้าอกที่มีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง v/s ไม่ stable , O2 sat drop , ตัวววม , หอบเหนื่อย
4. Atypical chest pain เช่น จุกลิ้นปี่, เจ็บหน้าอกตื้อๆไม่มีร้าวไปไหน, เวียนศีรษะ, ใจสั่น และมี Cardiovascular risk factor ร่วมด้วย (HT, DM, Dyslipidemia, สูบบุหรี่อายุ > 35 ปี และประวัติครอบครัวเป็น coronary artery disease ผู้ชาย ≥ 55 ปี หญิง ≥ 65 ปี)

**** ถ้ามีอาการดังกล่าวข้อใดข้อหนึ่ง ให้ส่งเข้าระบบ Fast Track ER ****

ประเมิน Vital sign, EKG ภายใน 10 นาที, รายงานแพทย์ทันที

STEMI

NSTEMI

- On EKG Monitor, Keep Oxygen sat $\geq 90\%$
- Trop -T, CBC, BUN, CR, E'lyte, PTT, INR, DTX
- ASA (81) 4 tab Stat
- Clopidogrel (75) : 4Tab
: 1 tab Age >75 ปี กรณีให้ Fibrinolysis (sk)
Isoradial (5mg) SL จดให้ถ้า BP $< 90/60$ mmhg
- MO 3 mg IV ถ้าเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น (จดให้ถ้า BP $\leq 90/60$ mmhg, HR < 60 /min)
- ATK RT-PCR (ตามสถานการณ์โรคระบาด)

Admit

(ปฏิบัติตาม Standing order NSTEMI)

กรณีส่งต่อทำ PCI

- ให้ Clopidogrel 75mg เพิ่มให้ครบ 8 tab
(ตามแผนการรักษา)
- เปิด NSS แขนซ้าย

กรณีส่งต่อทำ PCI ไม่ได้ Time to refer ภายใน 120 นาที

(ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงรพ. ถึงเวลาที่เริ่มทำ PCI) ให้พิจารณาให้ SK (บริหารยาภายใน 5 นาที) ตามแผนการรักษา

- CPM 10 mg หรือ Hydrocortisone 100 mg. IV
ก่อนให้ยา Streptokinase 1.5 mu in NSS 100 ml iv drip in 60 min (Monitor SK ตามแบบประเมิน)

กรณีไม่สามารถส่งเพื่อทำ PCI ได้ ภายใน 120 นาที เมื่อแพทย์มีคำสั่งการรักษา SK ให้ปฏิบัติดังนี้

วิธีปฏิบัติระยะก่อนให้ยา

1. ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็วถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามมาตรฐานการรักษาโดยการซักประวัติ เกี่ยวกับข้อห้ามและข้อควรระวังในการให้ยา ตามแบบประเมินข้อห้ามในการให้ยา Streptokinase
2. แพทย์และ/หรือพยาบาลให้ข้อมูลผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็น และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากยาละลายลิ่มเลือดและให้ลงนามยินยอมรักษา (Inform consent)
3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เช่น CBC, PTT, Electrolyte, INR, DTX
4. วัดสัญญาณชีพและติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง
5. เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillatorให้พร้อมใช้
6. เตรียมยาอย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องคือ 1.5 ล้านยูนิตต่อคน ให้หมดภายใน 1 ชม. โดยมีรายละเอียดดังนี้
 - 6.1 ตรวจสอบลักษณะยาและวันหมดอายุ
 - 6.2 ดูด 0.9%NSS หรือ 5%D/W 5 ml. ผสมกับยา 1.5 ล้านยูนิต ค่อยๆฉีดลงไปเรื่อยๆที่ข้างขวด ไม่ฉีดลงไปบนผงยา (เพราะจะทำให้เกิดฟองอากาศจำนวนมาก)
 - 6.3 ค่อยๆหมุนขวดยาเบาๆ ไม่เขย่าขวดยา (เพราะจะเกิดฟองอากาศ) เพื่อให้ยาละลายจนหมดก่อนดูดออกจากขวดและผสมเข้าในขวด 0.9%NSS หรือ 5%D/W 100ml.
 - 6.4 ใช้ Infusion pump เพื่อควบคุมอัตราการไหลของยา(100ml/hr.)
 - 6.5 เมื่อ drip ยาหมด ใช้ Syringe ดูดยาที่เหลือค้างในสายและให้ผู้ป่วยจนหมด พร้อมทั้งดูด 0.9%NSS 20 ml. Flush สายภายหลังการให้ยา เพื่อไล่ยาที่ค้างอยู่ในสายเข้าเส้นเลือดดำ

วิธีปฏิบัติระยะขณะให้ยา

1. วัดสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องทุก 5 นาที ขณะที่ให้ยาใน 1 ชั่วโมง
2. ฝ้าระวังการเกิดภาวะ Hypotension จากการขยายตัวของหลอดเลือด พบได้ 10-15% ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Streptokinase
3. ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (อาจเกิด VT, VF จาก reperfusion arrhythmia จากหลอดเลือดที่เปิดและส่งเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ)
4. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (อาจเกิดภาวะเลือดออกในสมองจากการแตกของหลอดเลือดในสมอง) อุบัติการณ์ภาวะเลือดออกในสมอง พบได้ประมาณ 0.5-1.5%
5. สังเกตภาวะเลือดออก (Bleeding)จากส่วนต่างๆของร่างกาย พบว่าประมาณ 4-5% ของผู้ป่วยมี major bleeding ในระบบทางเดินอาหาร
6. ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ปวดหลัง
7. บันทึกเวลาที่เริ่มให้ยา อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างที่ได้รับยาและหากจำเป็นต้องหยุดยาดังบันทึกปริมาณยาที่ได้รับและเวลาที่หยุดยา
8. ส่งต่อ ร.พ.แม่ข่าย (ก่อนส่งต่อเตรียมความพร้อม ทีมส่งต่อประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน และอุปกรณ์ช่วยชีวิต Defibrillator, Auto CPR, AED, กระเป๋ายาฉุกเฉิน

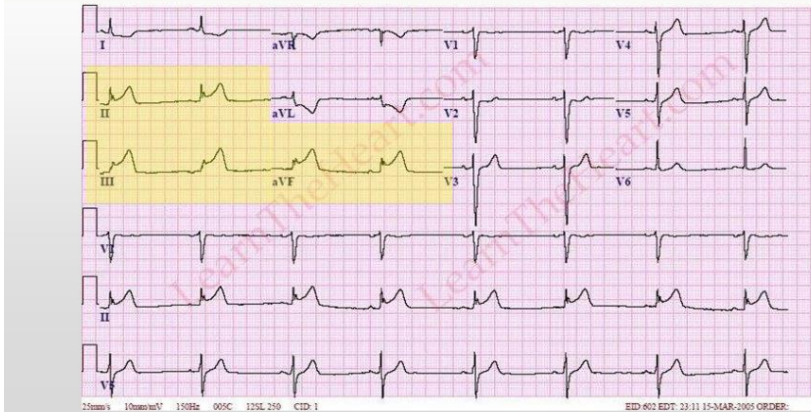
อาการที่ต้องรายงานแพทย์

1. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น Sustained VT, VF
2. ความดันโลหิตต่ำ (ต่ำกว่าของเดิม > 20mmHg.)
3. Massive bleeding
4. Severe chest pain

หมายเหตุ

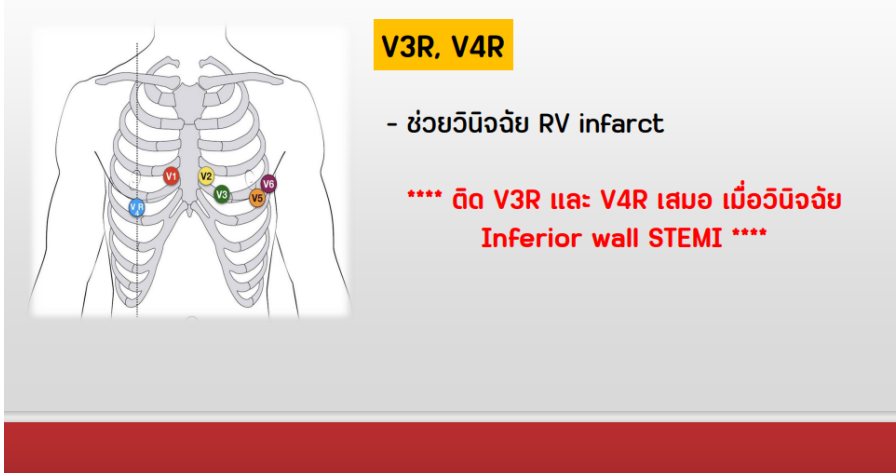
หากพบผู้ป่วย EKG Inferior wall STEMI : ให้พยาบาลทำ V3RV4R

Inferior wall STEMI



การติด Lead เพื่อทำ V3R V4R ดังภาพ

Supplementary leads: V3R และ V4R



การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพและเกิดความปลอดภัย ลดอัตราเสียชีวิต
2. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อทำ PCI ทันเวลา กรณีไม่สามารถส่งต่อได้ภายใน 120 นาที ควรให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นอกจากนี้มีข้อห้ามของการให้ยา

เกณฑ์ชี้วัด

1. อัตราผู้ป่วย Chest pain ได้รับการตรวจ EKG ภายใน 10 นาที 100 %
2. อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อเพื่อทำ PCI 100 %
3. อัตราผู้ป่วย STEMI ที่ไม่สามารถส่งต่อได้แต่ได้รับยา Streptokinase 100%
4. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ที่ห้องฉุกเฉิน เป็น 0

เอกสารอ้างอิง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เครือข่ายจังหวัดนครนายก, CPG ACS รพ.บ้านนา

เอกสารแนบ

1. แบบซักประวัติ ช่องทางด่วนผู้ป่วยสงสัย STEMI จาก รพ.สต. ถึง ER รพ.บ้านนา
2. แบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก โรงพยาบาลบ้านนา
3. หนังสือแสดงความยินยอม/ไม่ยินยอม รับการรักษา โรงพยาบาลบ้านนา
4. แบบซักประวัติผู้ป่วยก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด

แบบซักประวัติ ช่องทางด่วนผู้ป่วยสงสัย STEMI จาก รพ.สต. ถึง ER รพ.บ้านนา

ส่วนที่ 1 พยาบาล รพ.สต.	*** ช่องทางด่วนผู้ป่วยสงสัย STEMI ***	วันที่	เวลา.....น.
ถึง ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ฯ รพ.บ้านนา			
ผู้ป่วยชื่อ	อายุ	ปี	อาการสำคัญ
.....			
.....			
โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ DM ☐ DLP ☐ HT ☐ Stroke /Old CVA ☐ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด			
วันที่มีอาการ		เวลา	น. การสูบบุหรี่ : ☐ ไม่สูบ ☐ เลิกสูบ ☐ สูบ Pain Score =/10
อาการที่มา ☐ แน่นหน้าอก			
☐ ปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ / ปวดจุกแน่นท้อง			
☐ หมดสติ / เหงื่อแตกตัวเย็น			
☐ เวียนศีรษะ / เป็นลม / ใจสั่น			
จากรพ.สต.		ลงชื่อ จนท.	
รพ.สต.			

แบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก โรงพยาบาลบ้านนา

เวลามาถึง.....น. เวลาคัดกรอง.....น.					
ผู้นำส่ง :	มาเอง	ญาติ	FR	ALS	
U/D :	DM	HT	DLS	Stroke	ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด
วัน/เวลาที่มีอาการ :					
แน่นหน้าอก / เจ็บหน้าอก					
ปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ / ปวดจุกแน่นท้อง					
หมดสติ / เหงื่อแตกตัวเย็น					
เวียนศีรษะ / เป็นลม/ ใจสั่น					
Smoking:	สูบ	ไม่สูบ	เลิกสูบ	Pain score =	
ทำ EKG ภายใน 10 นาที					

แบบซักประวัติผู้ป่วยก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด

ข้อห้ามและข้อควรระวังในการให้ยาละลายลิ่มเลือด

ข้อห้ามใช้โดยเด็ดขาด(Absolute contraindication) : หากพบ 1 ข้อต้องสั่งให้ยา	พบ	ไม่พบ
1.มีประวัติเลือดออกในสมองหรือ CVA ไม่ทราบชนิดภายใน 1 ปี		
2.มีประวัติเนื้องอกในสมอง		
3.มีประวัติได้รับอุบัติเหตุบริเวณหน้าและศีรษะใน 3 เดือน		
4. มีประวัติหลอดเลือดในสมองผิดปกติ		
5.มีประวัติสมองขาดเลือดใน 3 เดือน (ยกเว้น 3 ชั่วโมงแรก)		
6.มีอาการเจ็บหน้าอกหรือปวดหลังอย่างรุนแรงหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงโป่งพอง		
7.มีภาวะเลือดออกผิดปกติ เช่น ถ่ายอุจจาระ หรือปัสสาวะเป็นเลือดสีแดงสด อาเจียนเป็นเลือดสดๆ(ยกเว้นประจำเดือน)		
ข้อควรระวัง(Relative contraindication):พิจารณาให้ยาได้หากเห็นว่าประโยชน์กับผู้ป่วยมากกว่าผลเสียที่จะได้รับ		
1.มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงที่รุนแรงและเรื้อรังที่ควบคุมยาก		
2 BP systolic > 180 mmHg หรือ diastolic > 100 mmHg (วัดซ้ำเพื่อยืนยันค่าที่ได้)		
3.มีประวัติการได้รับการ CPR นานกว่า 10 นาที ในระยะ 2 – 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
4.มีประวัติการได้รับการผ่าตัดใหญ่ เช่น การผ่าตัดช่องท้องภายใน 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
5.ขณะที่กำลังตั้งครรภ์ หรือประจำเดือนขาดหายไป หรือหลังคลอดสัปดาห์แรก		
6.มีประวัติเคยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK/rTPa) มาก่อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 5 วันถึง 2 ปี หรือมีประวัติแพ้ยานี้มาก่อน		
7.แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์บอกว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารอย่างรุนแรง		
8.มีประวัติสมองขาดเลือดมากกว่า 3 เดือน , Dementia , หรือโรคทางสมองที่ไม่อยู่ใน ข้อห้ามใช้โดยเด็ดขาด		
9.มีประวัติเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหรือได้รับยา Anticoagulants (INR >2-3)		
10.ได้รับการเจาะเลือดและพบว่าเลือดหยุดยาก ถึงแม้ว่ากดไว้นานก็ไม่หยุดไหล		
11.มีเลือดออกจากร่างกายภายใน 2-4 สัปดาห์ เช่น อาเจียนเป็นเลือดสด เลือดกำเดาไหล ถ่ายอุจจาระดำ		

สรุป 1. ก่อนให้ยา () มีข้อห้าม () ไม่มีข้อห้าม () มีข้อควรระวัง () ไม่มีข้อควรระวัง

2. ระหว่างให้ยา () มีภาวะแทรกซ้อน () Bleeding at () CHF () Malignant Arrhythmia ()

Shock () อื่นๆ.....

3. หลังให้ยา () ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

() มีภาวะแทรกซ้อน () Bleeding at () CHF () Malignant Arrhythmia () Shock

() อื่นๆ.....

() ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วัน / เดือน / ปี เวลา..... น.

ผู้ซักประวัติ

หนังสือแสดงความยินยอม/ไม่ยินยอม รับการรักษา โรงพยาบาลบ้านนาคำรับรองเหล่านี้ผู้ป่วยต้องลงนามด้วยตนเอง แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการ
ให้ความยินยอมได้ตามปกติ (ระบุสาเหตุ)

เพราะ () ผู้ป่วยมาคนเดียว () อายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ () สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ () ผู้ป่วย
ไม่รู้สีกตัว

ส่วนที่ 1 ยินยอมรับการรักษาผู้ป่วยใน

เขียนที่ แผนก/หอผู้ป่วย.....
วันที่ เดือน..... พ.ศ.
เวลา.....น.

ข้าพเจ้า () นาย/นางสาว/นางผู้ป่วย
() นาย/นางสาว/นางมีความเกี่ยวข้องเป็นของ.....(ผู้ป่วย)
ข้าพเจ้า ได้รับทราบข้อมูล ตอบข้อซักถาม อย่างชัดเจนและเพียงพอ เกี่ยวกับสถานะของโรค การวินิจฉัย การตรวจทางรังสีวิทยา แผนการรักษาพยาบาล
รวมถึงผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้จากวิธีการรักษานั้นๆ ตลอดจนอาการ และผลที่อาจเกิดขึ้นกรณีไม่ได้รับการรักษาหรือตรวจวินิจฉัยตาม
คำอธิบายดังกล่าว และความจำเป็นในการรับไว้ในโรงพยาบาลนครนายก
() เพื่อสังเกตอาการ () เพื่อการวินิจฉัยเพิ่มเติม ☒ เพื่อการรักษาพยาบาล
ระบุโรค/อาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....
วิธีการรักษาให้ยาละลายลิ่มเลือด.....
ทางเลือกในการรักษาไม่มี.....ข้อดี...ช่วยละลายลิ่มเลือด, เจ็บอกลดลง...ข้อเสีย...อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้.....
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ...เลือดออกในอวัยวะต่างๆ, หัวใจเต้นผิดจังหวะ, ความดันโลหิตต่ำ, ช็อค.....
ระยะเวลาในการรักษา (หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน) โดยประมาณ5-7..... วัน

จากข้อมูลที่ได้รับข้าพเจ้า ยืนยันว่า () ยินยอม () ไม่ยินยอม ที่จะรับการรักษา ดังกล่าวข้างต้น รวมทั้ง
ยินยอมให้ คณะแพทย์และ บุคลากรของโรงพยาบาลนครนายกเปิดเผยข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อลงนามไว้เป็น
หลักฐาน

ลงชื่อ	ลงชื่อ
(.....)	(.....)
ผู้ป่วย / ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย	พยานผู้ป่วย / ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย
ลงชื่อ	ลงชื่อพยาบาลวิชาชีพ
(.....)	(.....)
แพทย์ผู้รักษา/ผู้ให้ข้อมูล	พยานฝ่ายทีม

รักษา

ส่วนที่ 2.1 ยินยอมรับการรักษากារผ่าตัด / หัตถการ / การรับเคมีบำบัด / รับประทานยาพิเศษเฉพาะโรค

เขียนที่ แผนก/หอผู้ป่วย.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า () นาย/นางสาว/นางผู้ป่วย

() นาย/นางสาว/นาง มีความเกี่ยวข้องเป็นของ..... (ผู้ป่วย)

ข้าพเจ้า ได้รับทราบข้อมูล ตอบข้อซักถาม อย่างชัดเจนและเพียงพอ เกี่ยวกับ เหตุผล/ความ.....

ทางเลือกในการผ่าตัด / หัตถการ/ การรับเคมีบำบัดข้อดี.....ข้อเสีย.....

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระยะเวลาในการรักษา (หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน) โดยประมาณ

จากข้อมูลที่ได้รับข้าพเจ้า ยืนยันว่า () ยินยอม () ไม่ยินยอม ที่จะรับการรักษา การผ่าตัด / หัตถการ / การรับเคมีบำบัด ดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อลงนื้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ผู้ป่วย / ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย

พยานผู้ป่วย / ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงชื่อนายแพทย์

ลงชื่อพยาบาลวิชาชีพ

(.....)

(.....)

แพทย์ผู้รักษา/ผู้ให้ข้อมูล

พยานฝ่ายทีม

รักษา