



แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา/ทำหัตถการ  
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เขียนที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์  
วันที่

ข้าพเจ้า  
อายุ ปี อาชีพ  
อยู่บ้านเลขที่ ..... เกี่ยวข้องเป็น  
ของผู้ป่วยชื่อ ..... อายุ ปี  
ได้นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลนี้ เมื่อวันที่

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลและยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทำการวินิจฉัยผู้ป่วย  
ตามหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ขอบเขตของการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือมีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิดในโรงพยาบาล เช่น เพื่อการวินิจฉัย การควบคุมการรับประทานยาโดยให้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล 2 ถึง 4 สัปดาห์หรือมากกว่านี้ตามภาวะโรคของผู้ป่วย
2. หากผู้ป่วยกระทำการใดๆ อันก่อให้เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สินของโรงพยาบาลหรือของบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยค่าเสียหายทั้งหมด ในทันทีที่ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาล
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ วิชาชีพใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีตามที่เห็นสมควร เพื่อประโยชน์ในการรักษาและวินิจฉัยโรค อัน ได้แก่
  - 3.1. การรักษาด้วยยา
  - 3.2. การผ่าตัดเล็ก เช่น เย็บแผล ผ่าฝี เพื่อบรรเทาอาการ
  - 3.3. การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ เพื่อลดการเจ็บปวด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ทำให้เกิดการแพ้ยาได้ หลังการให้ยาจะมีการติดตามตรวจวัดสัญญาณชีพและสัญญาณบ่งชี้ภาวะแพ้ยา
  - 3.4. การจำกัดพฤติกรรม โดยการให้ห้องแยกและหรือผูกยึดอยู่กับที่ ในกรณีผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง ผู้อื่นและทำลายสิ่งของ หรือกรณีการทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดี เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ โดยให้การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่น เกิดบาดแผลบริเวณผูกยึดและมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อยุติการผูกยึด
  - 3.5. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตามสภาพปัญหาและความจำเป็นในการรักษา
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่นๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์เพื่อการรักษาที่เหมาะสม
5. กรณีมีคำปรึกษาพยาบาล คำบริการต่างๆ ที่นอกเหนือจากสิทธิที่ผู้ป่วยใช้ในการรักษา ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชดใช้ให้โรงพยาบาลทั้งสิ้น

ในการรักษาครั้งนี้ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ได้อธิบายถึงวิธีการรักษา ข้อดี ข้อเสีย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น  
แม้ว่าเจ้าหน้าที่จะไม่สามารถอธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้ แต่เจ้าหน้าที่ก็ได้ตอบคำถามของข้าพเจ้า  
จนเป็นที่พอใจ รวมทั้งข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้ หรือผู้อื่นอ่านให้ฟังเรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม ..... พยาน(ญาติผู้ป่วย)

(.....)  
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล ..... พยาน(เจ้าหน้าที่)

(.....)  
ตำแหน่ง.....