



แบบหนังสือให้ความยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้า

สถาบัน/รพ.....

การทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) เริ่มให้มาตั้งแต่ปี พ.ศ 2481 ให้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจมาตลอดโดย มีข้อบ่งชี้ในการรักษา คือต้องการการตอบสนองอย่างรวดเร็ว เช่นมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่นสูง มีประวัติการตอบสนองที่ดีต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า มีการตอบสนองที่ไม่ดีต่อการรักษาแบบอื่น ไม่สามารถทนผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาได้ ต้องการทางเลือกในการรักษา เพื่อผลการรักษาที่ดีขึ้น

ข้าพเจ้า..... (แพทย์) ได้แนะนำ นาย/นาง/นางสาว..... เกี่ยวข้องเป็น..... ให้รับทราบเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า สำหรับผู้ป่วย นาย/นาง/นางสาว..... ตามรายละเอียด ดังนี้

การรักษาด้วยไฟฟ้าจะเป็นการรักษาประมาณ.....ครั้ง

วันเวลาและจำนวนครั้งที่ทำการเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นกับอาการของผู้ป่วย และดุลยพินิจของแพทย์ กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ จะแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทราบก่อนล่วงหน้า

การรักษาดำเนินการในห้องที่มีความพร้อมทางเครื่องมือแพทย์ ซึ่งมีผู้ให้การดูแลรักษาประกอบด้วยทีมแพทย์ และทีมพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้ไฟฟ้าขนาดอ่อนผ่านเข้าสู่สมอง และกระตุ้นทำให้เกิดการชักประมาณ 20-60 วินาที หลังจากนั้นผู้ให้การดูแลรักษาจะสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดจนกว่าผู้ป่วยตื่นรู้ตัวดี

ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยไฟฟ้าที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่นคลื่นไส้ อาเจียน สับสน หลงลืม และชักต่อเนื่องสำหรับความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นคือการเสียชีวิตซึ่งพบได้น้อยมาก (ประมาณ 4 รายใน 100,000 ราย) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาและป้องกันความเสี่ยงอย่างเต็มที่จากผู้ให้การดูแลรักษา หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้

การรับฟังคำชี้แจง

ก. กรณีผู้ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาวอายุ.....ปี

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ซึ่งเป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย ผู้ปกครอง ญาติที่ใกล้ชิดที่สุดได้อ่านรายละเอียดของการรักษา และรับทราบคำชี้แจงจากทีมผู้รักษา เข้าใจถึงประโยชน์ และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย คือ

นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี HN.....

โดยขอให้ความยินยอมให้ทำการรักษาด้วยไฟฟ้าและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....(ผู้ให้ความยินยอม)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยานฝ่ายผู้ป่วย)

(.....)

ลงชื่อ.....(แพทย์)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ข. กรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพที่จะรับรู้และเข้าใจต่อการรักษาและรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเองได้

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ได้อ่านรายละเอียดของการรักษาและทราบคำชี้แจงจากทีมผู้รักษาเข้าใจถึงประโยชน์ และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาโดยขอให้ความยินยอมให้ทำการรักษาด้วยไฟฟ้าและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....(ผู้ให้ความยินยอม)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยานฝ่ายผู้ป่วย)

(.....)

ลงชื่อ.....(แพทย์)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่)

(.....)

ตำแหน่ง.....