



## เอกสารเพื่อแสดงความยินยอมของผู้ป่วยในการรักษาตามโครงการ

- การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery)
- การผ่าตัดผ่านกล้องแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS)

ข้าพเจ้า.....

ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการการผ่าตัดทำหัตถการแบบ  ODS  MIS

หลังที่ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาโรค.....ของข้าพเจ้า

ด้วยการทำหัตถการหรือผ่าตัดวิธี.....

โดยแพทย์.....

และการใช้วิธีการวิสัญญีด้วยวิธี.....

โดยแพทย์.....

และทราบถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการทำหัตถการ

โดยมี (ชื่อ-สกุล).....เป็นผู้ดูแลเมื่อข้าพเจ้ากลับบ้าน

และเข้าใจว่าหากมีปัญหาใดๆที่สงสัยเกี่ยวกับการทำหัตถการ ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับโรงพยาบาล  
ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทางช่องทางดังนี้ (โทรศัพท์ 02-444-0138, 02-444-3724, 02-4443900, 02-421-2222

ID line @1rpp หรือ Scan QR code)



.....  
(.....)

ผู้ป่วยผู้ให้ความยินยอม

.....  
(.....)

ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

.....  
(.....)

แพทย์ผู้ทำการรักษา