โรงพยาบาล สัตหีบ กม.10	ชื่อผู้ป่วย..... อายุ..... HN.....AN..... เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่..... สิทธิการรักษาพยาบาล.....

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและความยินยอมรับการผ่าตัด/หัตถการ

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ..... เวลา.....น

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ในฐานะ ( ) ผู้ป่วย หรือ
( ) ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....
ได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับโรค/กลุ่มอาการ/ภาวะ.....
จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ ( ) ผ่าตัด .....
( ) ทำหัตถการ .....
.....
.....

ข้อดีของการผ่าตัด/หัตถการ.....
ข้อเสียของการผ่าตัด/หัตถการ.....
ทางเลือกในการรักษา.....
ผลการผ่าตัด/หัตถการ.....
ระยะเวลาในการรักษา.....
ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ( )ติดเชื้อในโรงพยาบาล ( ) แพ้ยา ( ) แพ้เลือด
( ) อื่นๆ.....
ในกรณีระหว่างการผ่าตัดหากพบเหตุผิดปกติอื่นแพทย์สามารถใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการอื่นเพื่อให้การรักษาได้

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล เข้าใจและยอมรับความเสี่ยงดังกล่าว จึงขอแสดงความประสงค์
( ) ยินยอมรับการผ่าตัด/หัตถการ ( ) ไม่ยินยอมรับการผ่าตัด/หัตถการ

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน
( )

ลงชื่อ..... พยาน(ญาติ)
( )

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล
( )
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ..... พยาน(เจ้าหน้าที่)
( )