

ก

ความรู้เรื่องการผ่าท้องทำคลอด (Cesarean section)

สำหรับประชาชนทั่วไป

โดย... คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย



การผ่าท้องทำคลอด (Cesarean section) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อคลอดทารกผ่านรอยผ่าที่หน้าท้องและรอยพ่าที่พึงมดลูกในช่วงอายุครรภ์ที่ทารกสามารถมีชีวิตรอดได้ ซึ่งโดยปกติแล้วแพทย์จะผ่าท้องทำคลอดก็ต่อเมื่อมีเหตุผลการแพทย์ โดยพิจารณาในรายที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้เอง หรือคลอดได้แต่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาหรือทารก



เหตุผลทางการแพทย์ในการผ่าท้องกำคลอด

๑. การคลอดติดขัด จากสาเหตุดังต่อไปนี้

- ๑.๑ การผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับกระดูกเชิงกรานของมารดา โดยปกติทารกจะคลอดโดยใช้ศีรษะเป็นส่วนนำ เคลื่อนผ่านช่องเชิงกรานของมารดาแล้วออกมาทางช่องคลอด ในรายที่ศีรษะทารกมีขนาดใหญ่กว่าขนาดช่องเชิงกรานของมารดา จะไม่สามารถคลอดได้ แพทย์จะวินิจฉัยภาวะดังกล่าวนี้โดยการตรวจภายในในช่วงเจ็บครรภ์คลอดเป็นระยะ ๆ แล้วพบว่าศีรษะของทารกไม่เคลื่อนต่ำลงมาหรือปากมดลูกไม่มีการเปิดเพิ่มขึ้น
 - ๑.๒ ทารกอยู่ในท่าหรือแนวที่ผิดปกติ เช่น ทารกอยู่ในแนวขวาง ซึ่งไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ หรือทารกท่าผิดปกติบางกรณี ถ้าปล่อยให้คลอดทางช่องคลอดจะมีโอกาสเสี่ยงหรือเกิดอันตรายต่อทารก เช่น ทารกที่มีส่วนหน้าเป็นกันครรภ์แฝดที่ทารกไม่ได้มีศีรษะเป็นส่วนนำทั้งคู่
 - ๑.๓ การขวางกั้นช่องทางคลอดจากก้อนเนื้อออก เช่น เนื้องอกมดลูก เนื้องอกรังไข่
 - ๑.๔ ความผิดปกติของการหดตัวของมดลูกที่แก้ไขแล้วไม่เป็นผล ทำให้ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้
๒. ทารกในครรภ์มีการขาดออกซิเจนหรือมีความเสี่ยงสูงต่อการขาดออกซิเจน จากการตรวจพบเสียงหัวใจของทารกเต้นผิดปกติและไม่สามารถให้คลอดทางช่องคลอดได้โดยเร็ว
 ๓. รกเกาะต่ำ คือ ภาวะที่รกเกาะบริเวณปากมดลูก ในตำแหน่งที่ต่ำกว่าส่วนนำของทารก ทำให้ขวางทางออก ถ้าปล่อยให้คลอดทางช่องคลอดจะทำให้เสียเลือดมากจนเป็นอันตรายต่อมารดาและทารก

๔. เคยผ่าท้องทำคลอดหรือผ่าตัดก่อนเนื้องอกที่มดลูกมาก่อน การผ่าตัดเหล่านี้จะทำให้เกิดแผลเป็นที่ผนังมดลูก ซึ่งเป็นบริเวณที่มีความอ่อนแอ ถ้าปล่อยให้มีการเจ็บครรภ์คลอด อาจทำให้เกิดการปริหรือแตกบริเวณแผลเป็นที่ผนังมดลูกได้
๕. ภาวะสายสะดือย้อยที่ทารกยังมีชีวิตอยู่และปากมดลูกยังไม่หมด
๖. กระดูกเชิงกรานหักหรือความผิดปกติของช่องทางคลอด ซึ่งอาจเป็นโดยกำเนิดหรืออุบัติเหตุ
๗. มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม
๘. เหตุผลอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อเริ่มที่อวัยวะสืบพันธุ์ในช่วงระยะใกล้คลอด โรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรมหรือสูติกรรมบางกรณี เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่จำเป็นต้องให้คลอดโดยเร็ว

ข้อควรพิจารณาก่อนการตัดสินใจผ่าท้องทำคลอด

กรณีที่มีการผ่าท้องทำคลอด อาจจะไม่เหมาะสม ได้แก่

๑. ทารกเสียชีวิตในครรภ์
๒. ทารกพิการที่ไม่สามารถมีชีวิตรอดได้หลังคลอด

การเตรียมตัวก่อนการผ่าท้องทำคลอด

การผ่าท้องทำคลอดอาจเป็นไปได้ทั้งแบบที่มีการเตรียมตัวล่วงหน้าหรือแบบผ่าตัดฉุกเฉินขณะเจ็บครรภ์คลอด ขึ้นอยู่กับเหตุผลของการผ่าตัด แต่ไม่ว่าจะเป็นแบบใดจะได้รับการเตรียมการจากแพทย์คล้ายกัน

๑. แพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าท้องทำคลอดและให้ลงนามยินยอมเข้ารับการผ่าตัด

๒. งดอาหารและน้ำทางปากอย่างน้อย ๘ ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด อาจยกเว้นในกรณีการผ่าตัดฉุกเฉิน
๓. ทำความสะอาดและโกนขนบริเวณสะดือและท้องน้อย ตำแหน่งที่จะลงแผลผ่าตัด
๔. เจาะเลือดเพื่อใช้ในการเตรียมเลือด เพื่อไว้ใช้ในกรณีที่มารดา อาจเสียเลือดมากในระหว่างผ่าตัด
๕. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
๖. ใส่สายสวนคาไวในกระเพาะปัสสาวะ เพื่อระบายปัสสาวะไม่ทำให้กระเพาะปัสสาวะโป่งพอง ซึ่งจะช่วยให้เห็นส่วนล่างของมดลูก ได้อย่างชัดเจนและป้องกันอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะ ในขณะที่ผ่าตัด
๗. สวมอุจจาระเพื่อให้ทารกหนักและลำไส้ใหญ่ส่วนล่างปราศจากอุจจาระ ยกเว้นมีข้อห้ามหรือกรณีการผ่าตัดฉุกเฉิน

การให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าท้องกำจัดคลอด

ก่อนการผ่าตัด จะได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งทำได้ ๒ วิธี คือ

๑. **การดมยาสลบ** เป็นการฉีดยาให้หลับแล้วใส่ท่อช่วยหายใจ เข้าไปในหลอดลม ข้อดีคือ ใช้เวลาในการเตรียมไม่นาน เหมาะ ในกรณีฉุกเฉินที่ต้องการให้รับคลอด แต่ยาดมสลบอาจกด การหายใจของทารก และในรายที่มารดาใส่ท่อช่วยหายใจยาก อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลักเอาเศษอาหารเข้าปอดและ เกิดปอดอักเสบตามมา
๒. **การฉีดยาชาเข้าบริเวณไขสันหลัง** เป็นการแทงเข็มขนาดเล็กเข้าช่องน้ำไขสันหลังระดับเดียวกับบั้นเอวเพื่อที่จะฉีดยาชา เข้าไป ทำให้หมดความรู้สึกเฉพาะส่วนล่างของร่างกาย ตั้งแต่

ระดับเหนือเอวเล็กน้อยลงมาถึงปลายเท้า ข้อดี คือทารกไม่ถูกกดการหายใจจากยา และมารดาจะรู้สึกตัวในขณะที่ผ่าตัด แต่ไม่รู้สึกเจ็บในบริเวณที่ทำการผ่าตัด ทำให้มารดาสามารถขึ้นชมทารกได้ทันทีหลังเกิด นอกจากนี้ ฤทธิ์ของยาอาจช่วยลดอาการเจ็บแผลในระยะหลังคลอดใหม่ ๆ ได้ แต่วิสัญญีแพทย์อาจต้องใช้เวลาในการทำหัตถการนานกว่าวิธีดมยาสลบ

การเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของวิสัญญีแพทย์ ซึ่งโดยทั่วไปจะพิจารณาตามความจำเป็นเร่งด่วน โรคหรือภาวะแทรกซ้อนของมารดา ข้อบ่งชี้และข้อบ่งห้ามของการระงับความรู้สึกแต่ละวิธี

ขั้นตอนในการผ่าท้องกำจัดคลอด

สตรีตั้งครรภ์ที่จะรับการผ่าตัดคลอดจะถูกจัดให้อยู่ในท่านอนหงาย เอียงตัวไปทางด้านซ้ายหรือด้านมดลูกไปทางด้านซ้าย เพื่อป้องกันมดลูกไปกดทับหลอดเลือดดำใหญ่ ภายหลังจากที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกและทำความสะอาดหน้าท้องแล้ว แพทย์จะลงแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง โดยแผลผ่าตัดอาจเป็นแนวตรงจากบริเวณใต้สะดือถึงบริเวณหัวหน่าว หรือแนวขวางบริเวณเหนือหัวหน่าวประมาณ ๒-๓ เซนติเมตร ตามความเหมาะสม ต่อจากนั้นจะทำการผ่าตัดแยกผนังหน้าท้องชั้นต่าง ๆ เข้าสู่ช่องท้องที่ละชั้น จนถึงตัวมดลูก แพทย์จะลงแผลผ่าตัดผ่านเข้าไปในมดลูก ซึ่งโดยทั่วไปจะลงมีดในแนวขวางบริเวณมดลูกส่วนล่าง ส่วนการลงแผลผ่าตัดที่มดลูกในแนวตั้งจะทำเฉพาะในรายที่จำเป็นเท่านั้น เช่น มีรกเกาะต่ำทางด้านหน้าหรือเป็นมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากมีโอกาสที่จะทำให้มดลูกแตกในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปมากกว่าการลงมีดในแนวขวางที่ตัวมดลูก หลังจากนั้นจะทำการคลอดทารกและรกผ่านทางแผลผ่าตัด และเย็บซ่อมมดลูกและผนังหน้าท้องชั้นต่าง ๆ ทีละชั้นจนถึงชั้นผิวหนัง

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าท้องกำจัดคลอด

เมื่อเปรียบเทียบการผ่าท้องกำจัดคลอดกับการคลอดทางช่องคลอดแล้ว การผ่าท้องกำจัดคลอดมีผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีทั้งที่เกิดในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป

ภาวะแทรกซ้อนในขณะผ่าตัด

๑. ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก พบประมาณร้อยละ ๐.๕ เช่น สำลักน้ำหรือเศษอาหารเข้าไปในหลอดลม ความดันโลหิตต่ำ ช็อก
๒. แผลผ่าตัดที่ตัวมดลูกอาจฉีกขาดไปจนถึงปากมดลูก ช่องคลอด หรือเส้นเลือดที่มาเลี้ยงมดลูก พบได้ประมาณร้อยละ ๑-๒ ทำให้เสียเลือดมากในขณะผ่าตัด
๓. อันตรายเป็นอวัยวะข้างเคียง พบประมาณร้อยละ ๐.๑ เช่น กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และลำไส้
๔. อันตรายเป็นทารก พบประมาณร้อยละ ๑-๒ เช่น กระดูกหัก โดนมีดบาด

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

๑. มดลูกอักเสบติดเชื้อ พบประมาณร้อยละ ๐.๖
๒. แผลผ่าตัดติดเชื้อ พบประมาณร้อยละ ๒.๕-๖
๓. การติดเชื้อในช่องท้องและมีถุงหนองในอุ้งเชิงกราน
๔. การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะและระบบทางเดินหายใจ
๕. การตกเลือดในช่องท้อง พบประมาณร้อยละ ๐.๕
๖. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด พบน้อยกว่าร้อยละ ๐.๑

๗. โอกาสสามารถเสียชีวิตจากการผ่าท้องทำคลอด พบประมาณ ๑ รายต่อการผ่าตัด ๑๒,๐๐๐ ราย
๘. ทารกอาจมีการหายใจเร็วผิดปกติเกิดขึ้นชั่วคราวหลังคลอด พบได้ร้อยละ ๓.๑

ความเสี่ยงในระยะยาว

๑. เพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดมดลูกแตกในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป พบประมาณร้อยละ ๐.๒-๐.๗ ส่วนมากจะเกิดในเดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์หรือเมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอด
๒. เพิ่มอุบัติการณ์ของรกเกาะต่ำและรกฝังตัวลึกในผนังมดลูกในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป โอกาสที่รูกจะเกิดการฝังตัวลึกในผนังมดลูกจะมากขึ้นตามจำนวนครั้งของการผ่าท้องทำคลอด ทำให้การตั้งครรภ์ครั้งต่อมามีความเสี่ยงที่จะเกิดการตกเลือดและแพทย์อาจต้องทำการตัดมดลูกเพื่อช่วยชีวิต

การดูแลหลังการผ่าท้องทำคลอด

๑. โดยทั่วไปจะงดน้ำและอาหารประมาณ ๑๒-๒๔ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในวันถัดมาสามารถดื่มน้ำ รับประทานอาหารเหลว และอาหารอ่อนได้ตามลำดับ พร้อมกับการหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และหลังจากนั้นสามารถที่จะรับประทานอาหารปกติได้
๒. ภายหลังผ่าตัด ๒๔ ชั่วโมงแรก จะได้รับยาแก้ปวดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดหรือเข้ากล้ามเนื้อ หลังจากนั้นสามารถระงับปวดด้วยยาแก้ปวดชนิดรับประทาน เช่น พาราเซตามอล
๓. สามารถถอดสายสวนปัสสาวะออกได้ประมาณ ๑๒-๒๔ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

๔. ถ้าไม่ปวดแผลผ่าตัดมาก สามารถให้ทารกดูดนมได้ในวันแรก หลังผ่าตัด เพื่อช่วยกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็วขึ้นและยังเป็นการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก
๕. ในวันแรกหลังผ่าตัด สามารถเปลี่ยนอิริยาบถโดยการลุกนั่ง ลุกเดินใกล้ ๆ การเปลี่ยนอิริยาบถได้เร็ว จะช่วยให้ลำไส้กลับมาทำงานได้เร็ว ทำให้ท้องไม่อืด ลดการเกิดพังผืดในช่องท้องและป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน
๖. โดยทั่วไปจะไม่ให้แผลผ่าตัดถูกน้ำประมาณ ๗ วัน หากเย็บแผลด้วยไหมละลายไม่ต้องตัดไหม หากเย็บด้วยไหมธรรมดา ให้ตัดไหมเมื่อครบ ๗ วัน
๗. ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับบ้านได้ในวันที่ ๓ หรือ ๔ หลังผ่าตัด
๘. ควรรีบกลับมาพบแพทย์ ถ้ามีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้ เช่น ไข้ มีน้ำหรือเลือดออกจากแผลผ่าตัด ปวดแผลมากขึ้นหรือแผลบวมแดง มีหนอง น้ำคาวปลาออกปริมาณมากขึ้นหรือนานกว่า ๒ สัปดาห์



หนังสือแสดงความยินยอม/เจตนา เข้ารับการผ่าตัดคลอด
(Cesarean section)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

ในฐานะเป็น ผู้รับบริการ ผู้ปกครองตามกฎหมาย/ผู้อนุบาล ของ
...../นาง/นางสาว.....

(กรณีที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง เช่น ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย
หรือศาลสั่งให้เป็นผู้ไร้ความสามารถ ให้ผู้ปกครองตามกฎหมาย/ผู้อนุบาล ลงลายมือ
ชื่อให้ความยินยอมแทน)

เลขประจำตัวผู้รับบริการของสถานพยาบาล (Hospital number).....

เลขที่ผู้ป่วยใน (Admission number).....หรือผู้ป่วย.....

เข้ารับการรักษาพยาบาล เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การวินิจฉัยโรค / ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า การผ่าตัดคลอด เป็นวิธีการที่มีจุดประสงค์เพื่อ
ผ่าตัดคลอดทารกผ่านทางหน้าท้องและผนังมดลูก และได้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการ
การผ่าตัดคลอดถึงวิธีการ ขั้นตอน ความจำเป็นที่ต้องผ่าตัด ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
อาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งแนวทางป้องกันแก้ไขหากเกิดอันตรายและ
ทางเลือกอื่น ๆ

ข้าพเจ้าทราบว่า การผ่าตัดคลอด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ต่อทั้ง
มารดาและทารก แม้ว่าแพทย์จะได้กระทำโดยรอบคอบ ถูกต้องตามหลักวิชาการ
ทางการแพทย์แล้ว ได้แก่ การเสียเลือด การบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ ท่อไตหรือลำไส้
การอักเสบติดเชื้อ การบาดเจ็บต่อทารก ทารกหายใจเร็วชั่วคราว รวมถึงภาวะแทรกซ้อน
ที่เกิดจากการดมยาสูดหรือการฉีดยาชาเข้าบริเวณไขสันหลัง ซึ่งเกิดขึ้นได้น้อยมาก

**อัตราการเสียชีวิตภายหลังผ่าตัดคลอดพบประมาณ ๑ รายต่อการ
ผ่าตัด ๑๒,๐๐๐ ราย**

อนึ่งภายหลังการผ่าตัดคลอด อาจเกิดภาวะตกเลือดรุนแรงจนต้องตัด
มดลูกเพื่อเป็นการช่วยชีวิตของข้าพเจ้า ตลอดทั้งการรักษาอื่น ๆ เช่น การให้เลือดหรือยา
หรืออาจจะมีการผ่าตัดอื่น ๆ ตามความจำเป็นและตามที่แพทย์เห็นสมควร

ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า บางกรณีอาจจะมีทางเลือกอื่น ๆ ของการคลอด แต่สมัครใจที่จะคลอดโดยวิธีการผ่าท้องทำคลอด ข้าพเจ้าทราบถึง ผลดี ผลเสีย ของการกระทำดังกล่าว ข้าพเจ้าได้สอบถามแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องโดยปราศจากข้อสงสัยและได้อ่านเอกสารคำแนะนำทั้งหมดแล้ว ซึ่งข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดี จึงได้แสดงความยินยอม/เจตนาเข้ารับการผ่าท้องทำคลอด

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับบริการ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....(แพทย์/ผู้ให้คำอธิบาย)
(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)
(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)
(.....)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

ข้าพเจ้าขอยกเลิกความยินยอมที่ไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับบริการ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

หนังสือแสดงความยินยอม/เจตนา รับการตัดไส้ติ่งที่ไม่มีพยาธิสภาพ
(Elective appendectomy)

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชน.....

ในฐานะเป็น ผู้รับบริการ คู่สมรสตามกฎหมายของ.....

ผู้ปกครองตามกฎหมาย/ผู้อนุบาลของ

ตพ./นาง/นางสาว.....

(กรณีที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง เช่น ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย หรือศาลสั่งให้เป็นผู้ไร้ความสามารถ ให้ผู้ปกครองตามกฎหมาย/ผู้อนุบาล ลงลายมือชื่อให้ความยินยอมแทน)

เลขประจำตัวผู้รับบริการของสถานพยาบาล (Hospital number).....

เลขที่ผู้ป่วยใน (Admission number)..... หรือผู้ป่วย.....

เข้ารับการรักษาพยาบาล เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การวินิจฉัยโรค / ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดไส้ติ่ง

การผ่าตัด / เหตุการณ์ที่เข้าร่วมด้วย

ผ่าท้องทำคลอด ผ่าตัดมดลูกและ/ หรือรังไข่

อื่นๆ (ระบุ)

และได้รับทราบข้อมูลดังต่อไปนี้

1. การตัดไส้ติ่ง (Elective appendectomy) เป็นการตัดไส้ติ่งที่ไม่มีพยาธิสภาพออก ร่วมกับการผ่าตัดอื่น ๆ เช่น ผ่าท้องทำคลอด ผ่าตัดมดลูก โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากไส้ติ่งอักเสบในอนาคต
2. โอกาสที่จะเกิดโรคไส้ติ่งอักเสบตลอดทั้งชีวิตพบประมาณร้อยละ ๗ และจะลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น
3. ภาวะแทรกซ้อนของการตัดไส้ติ่ง ได้แก่ การอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัด หรืออวัยวะในอุ้งเชิงกราน เสียเลือดเพิ่มเวลาในการผ่าตัดหรือการรักษาตัว

ในโรงพยาบาล ท้องอืด ลำไส้อุดตัน การบาดเจ็บต่อลำไส้ ผลที่ใส่ตั้ง
อีกเสบหรือรื้อ มีรายงานของภาวะแทรกซ้อนไม่เกินร้อยละ ๗

๔. รายละเอียดเกี่ยวกับการตัดใส่ตั้ง ได้แก่ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
วิธีการ ขั้นตอนต่าง ๆ ประโยชน์ที่จะได้รับ ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน
ที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการแก้ไขหากเกิดอันตรายและทางเลือกอื่น ๆ
๕. แพทย์อาจจะพิจารณาไม่ตัดใส่ตั้ง ในกรณีที่ทำได้ยาก หรือมีโอกาสเสี่ยง
สูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้าพเจ้าได้สอบถามแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการตัดใส่ตั้งแล้วข้าพเจ้า
มีความเข้าใจเป็นอย่างดีและปราศจากข้อสงสัย จึงได้แสดงความยินยอม / เจตนา
เข้ารับการตัดใส่ตั้งหรืออนุญาตให้ตัดใส่ตั้งของ

ด.ญ./นาง/นางสาว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับบริการ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....(แพทย์/ผู้ให้คำอธิบาย)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

ข้าพเจ้าขอยกเลิกความยินยอมที่ให้ไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับบริการ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

