

ความรู้เรื่องการผ่าท้องทำคลอด (Cesarean section) สำหรับประชาชนทั่วไป

โดย.... คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
อนุมัติเมื่อวันที่ ๒๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๔

การผ่าท้องทำคลอด (Cesarean section) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อคลอดทารกผ่านรอยผ่าที่หน้าท้องและรอยผ่าที่ผนังมดลูก ในช่วงอายุครรภ์ที่ทารกสามารถมีชีวิตรอดได้ ซึ่งโดยปกติแล้วแพทย์จะผ่าท้องทำคลอดก็ต่อเมื่อมีเหตุผลทางการแพทย์ โดยพิจารณาในรายที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้เอง หรือคลอดได้แต่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาหรือทารก

เหตุผลทางการแพทย์ในการผ่าท้องทำคลอด

๑. การคลอดติดขัด จากสาเหตุดังต่อไปนี้

๑.๑ การผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับกระดูกเชิงกรานของมารดา โดยปกติทารกจะคลอดโดยใช้ศีรษะเป็นส่วนนำเคลื่อนผ่านช่องเชิงกรานของมารดา แล้วออกมาทางช่องคลอด ในรายที่ศีรษะทารกมีขนาดใหญ่กว่าขนาดช่องเชิงกรานของมารดา จะไม่สามารถคลอดได้ แพทย์จะวินิจฉัยภาวะดังกล่าวนี้โดยการตรวจภายในในช่วงเจ็บครรภ์คลอดเป็นระยะๆ แล้วพบว่าศีรษะของทารกไม่เคลื่อนต่ำลงมาหรือปากมดลูกไม่มีการเปิดเพิ่มขึ้น

๑.๒ ทารกอยู่ในท่าหรือแนวที่ผิดปกติ เช่น ทารกอยู่ในแนวขวาง ซึ่งไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ หรือทารกทำผิดปกติบางกรณี ถ้าปล่อยให้คลอดทางช่องคลอดจะมีโอกาสเสี่ยงหรือเกิดอันตรายต่อทารก เช่น ทารกที่มีส่วนนำเป็นก้น ครรภ์แฝดที่ทารกไม่ได้มีศีรษะเป็นส่วนนำทั้งคู่

๑.๓ การขวางกั้นช่องทางคลอดจากก้อนเนื้ออก เช่น เนื้องอกมดลูก เนื้องอกรังไข่

๑.๔ ความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก ที่แก้ไขแล้วไม่เป็นผล ทำให้ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้

๒. ทารกในครรภ์มีการขาดออกซิเจนหรือมีความเสี่ยงสูงต่อการขาดออกซิเจน จากการตรวจพบเสียงหัวใจของทารกเต้นผิดปกติและไม่สามารถให้คลอดทางช่องคลอดได้โดยเร็ว

๓. รกเกาะต่ำ คือ ภาวะที่รกเกาะบริเวณปากมดลูกในตำแหน่งที่ต่ำกว่าส่วนนำของทารก ทำให้ขวางทางออก ถ้าปล่อยให้คลอดทางช่องคลอด จะทำให้เลือดออกมากจนเป็นอันตรายต่อมารดาและทารก

๔. เคี้ยวท้องทำคลอดหรือผ่าตัดก่อนเนื้องอกที่มดลูกมาก่อน การผ่าตัดเหล่านี้จะทำให้เกิดแผลเป็นที่ผนังมดลูกซึ่งเป็นบริเวณที่มีความอ่อนแอ ถ้าปล่อยให้มีการเจ็บครรภ์คลอด อาจทำให้เกิดการปริหรือแตกบริเวณแผลเป็นที่ผนังมดลูกได้
๕. ภาวะสายสะดือข้อยึดที่ทารกยังมีชีวิตอยู่และปากมดลูกยังไม่หดรัด
๖. ภาวะคุกเข่งกรานหักหรือความผิดปกติของช่องทางคลอด ซึ่งอาจเป็นโดยกำเนิดหรืออุบัติเหตุ
๗. มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม
๘. เหตุผลอื่นๆ 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. ทำความสะอาดและโกนขนบริเวณสะดือและท้องน้อยตำแหน่งที่จะลงแผลผ่าตัด
๔. เจาะเลือดเพื่อใช้ในการเตรียมเลือด เพื่อไว้ใช้ในกรณีที่มารดาอาจเสียเลือดมากในระหว่างผ่าตัด
๕. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
๖. ใส่สายสวนคาไว้ในกระเพาะปัสสาวะเพื่อระบายปัสสาวะไม่ให้กระเพาะปัสสาวะโป่งพอง ซึ่งจะช่วยให้เห็นส่วนล่างของมดลูกได้อย่างชัดเจนและป้องกันอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะในขณะที่ผ่าตัด
๗. สวนอุจจาระเพื่อให้ทารกหนักและลำไส้ใหญ่ส่วนล่างปราศจากอุจจาระ ยกเว้นมีข้อห้ามหรือกรณีการผ่าตัดฉุกเฉิน

การให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าท้องทำคลอด

ก่อนการผ่าตัด จะได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งทำได้ ๒ วิธี คือ

๑. การดมยาสลบ เป็นการฉีดยาให้หลับแล้วใส่ท่อช่วยหายใจเข้าไปในหลอดลม ข้อดีคือ ใช้เวลาในการเตรียมไม่นาน เหมาะในกรณีฉุกเฉินที่ต้องการให้รับคลอด แต่ยาดมสลบอาจกการหายใจของทารก และในรายที่มีราคาใส่ท่อช่วยหายใจยาก อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลักเอาเศษอาหารเข้าปอดและเกิดปอดอักเสบตามมา
๒. การฉีดยาชาเข้าบริเวณไขสันหลัง เป็นการแทงเข็มขนาดเล็กเข้าช่องน้ำไขสันหลังระดับเดียวกับบั้นเอว เพื่อที่จะฉีดยาชาเข้าไป ทำให้หมดความรู้สึกเฉพาะส่วนล่างของร่างกาย ตั้งแต่ระดับเหนือเอวเล็กน้อยลงมาถึงปลายเท้า ข้อดีคือ ทารกไม่ถูกกการหายใจจากยา และมารดาจะรู้สึกตัวในขณะที่ผ่าตัดแต่ไม่รู้สึกเจ็บในบริเวณที่ทำการผ่าตัด ทำให้มารดาสามารถชื่นชมทารกได้ทันทีหลังเกิด นอกจากนี้ฤทธิ์ของยาชาอาจช่วยลดอาการเจ็บแผลในระยะหลังคลอดใหม่ ๆ ได้ แต่วิสัญญีแพทย์อาจต้องใช้เวลาในการทำหัตถการนานกว่าวิธีดมยาสลบ

การเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของวิสัญญีแพทย์ ซึ่งโดยทั่วไปจะพิจารณาตามความจำเป็นเร่งด่วน โรคหรือภาวะแทรกซ้อนของมารดา ข้อบ่งชี้และข้อบ่งห้ามของการระงับความรู้สึกแต่ละวิธี

ขั้นตอนในการผ่าตัดทำคลอด

สตรีตั้งครรภ์ที่จะรับการผ่าตัดทำคลอดจะถูกจัดให้อยู่ในท่านอนหงายเอียงตัวไปทางด้านซ้ายหรือด้านมดลูกไปทางด้านซ้าย เพื่อป้องกันมดลูกไปกดทับหลอดเลือดดำใหญ่ ภายหลังจากที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกและทำความสะอาดหน้าท้องแล้ว แพทย์จะลงแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง โดยแผลผ่าตัดอาจเป็นแนวตรงจากบริเวณใต้สะดือถึงบริเวณหัวหน่าว หรือแนวขวางบริเวณเหนือหัวหน่าวประมาณ ๒-๓ เซนติเมตร ตามความเหมาะสม ต่อจากนั้นจะทำการผ่าตัดแยกผนังหน้าท้องชั้นต่างๆ เข้าสู่ช่องท้องทีละชั้น จนถึงตัวมดลูก แพทย์จะลงแผลผ่าตัดผ่านเข้าไปในมดลูก ซึ่งโดยปกติทั่วไปจะลงมีดในแนวขวางบริเวณมดลูกส่วนล่าง ส่วนการลงแผลผ่าตัดที่มดลูกในแนวตั้งจะทำเฉพาะในรายที่จำเป็นเท่านั้น เช่น มีรกเกาะต่ำทางด้านหน้าหรือเป็นมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากมีโอกาสที่จะทำให้มดลูกแตกในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปมากกว่าการลงมีดในแนวขวางที่ตัวมดลูก หลังจากนั้นจะทำการคลอดทารกและรกผ่านทางแผลผ่าตัด และเย็บซ่อมมดลูกและผนังหน้าท้องชั้นต่างๆ ทีละชั้นจนถึงชั้นผิวหนัง

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทำคลอด

เมื่อเปรียบเทียบการผ่าตัดทำคลอดกับการคลอดทางช่องคลอดแล้ว การผ่าตัดทำคลอดมีผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีทั้งที่เกิดในขณะที่ผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป

ภาวะแทรกซ้อนในขณะผ่าตัด

๑. ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกพบประมาณร้อยละ ๐.๕ เช่น สำลักน้ำหรือเศษอาหารเข้าไปในหลอดลม ความดันโลหิตต่ำ ช็อก
๒. แผลผ่าตัดที่ตัวมดลูกอาจฉีกขาดไปจนถึงปากมดลูก ช่องคลอด หรือเส้นเลือดที่มาเลี้ยงมดลูกพบได้ประมาณร้อยละ ๑-๒ ทำให้เสียเลือดมากในขณะผ่าตัด
๓. อันตรายเป็นอวัยวะข้างเคียง พบประมาณร้อยละ ๐.๑ เช่น กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และลำไส้
๔. อันตรายเป็นทารก พบประมาณร้อยละ ๑-๒ เช่น กระดูกหัก โคนมิดบาด

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

ความเสี่ยงในระยะยาว

๑. เพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดมดลูกแตกในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป พบประมาณร้อยละ ๐.๒-๐.๗ โดยมักจะเกิดในเดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์หรือเมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอด
๒. เพิ่มอุบัติการณ์ของรกเกาะต่ำและรกฝังตัวลึกในผนังมดลูกในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป โอกาสที่รกจะเกิดการฝังตัวลึกในผนังมดลูกจะมากขึ้นตามจำนวนครั้งของการผ่าตัดทำคลอด ทำให้การตั้งครรภ์ครั้งต่อมามีความเสี่ยงที่จะเกิดการตกเลือด และแพทย์อาจต้องทำการตัดมดลูกเพื่อช่วยชีวิต

การดูแลหลังการผ่าตัดทำคลอด

๑. โดยทั่วไปจะงดน้ำและอาหารประมาณ ๑๒-๒๔ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในวันถัดมาสามารถดื่มน้ำรับประทานอาหารเหลวและอาหารอ่อนได้ตามลำดับ พร้อมกับการหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และหลังจากนั้นสามารถที่จะรับประทานอาหารปกติได้

๒. ภายหลังจากผ่าตัด ๒๔ ชั่วโมงแรก จะได้รับยาแก้ปวดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดหรือเข้ากล้ามเนื้อ หลังจากนั้นสามารถรับประทานยาแก้ปวดชนิดรับประทาน เช่น พาราเซตามอล
๓. สามารถถอดสายสวนปัสสาวะออกได้ประมาณ ๑๒-๒๔ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด
๔. ถ้าไม่ปวดแผลผ่าตัดมากสามารถให้ทารกคุณนมได้ในวันแรกหลังผ่าตัด เพื่อช่วยกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็วขึ้นและยังเป็นการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก
๕. ในวันแรกหลังผ่าตัด สามารถเปลี่ยนอิริยาบถโดยการลุกนั่งลุกเดินใกล้ๆ การเปลี่ยนอิริยาบถได้เร็ว จะช่วยให้ลำไส้กลับมาทำงานได้เร็ว ทำให้ท้องไม่อืด ลดการเกิดพังผืดในช่องท้องและป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน
๖. โดยทั่วไปจะไม่ให้แผลผ่าตัดถูกน้ำประมาณ ๗ วัน หากเย็บแผลด้วยไหมละลายไม่ต้องตัดไหม หากเย็บด้วยไหมธรรมดา ให้ตัดไหมเมื่อครบ ๗ วัน
๗. โดยทั่วไปถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับบ้านได้ในวันที่ ๓ หรือ ๔ หลังผ่าตัด
๘. ควรรีบกลับมาพบแพทย์ ถ้ามีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้ เช่น ไข้ มีน้ำหรือเลือดออกจากแผลผ่าตัด ปวดแผลมากขึ้นหรือแผลบวมแดง มีหนอง น้ำคาวปลาออกปริมาณมากขึ้นหรือนานกว่า ๒ สัปดาห์

หนังสือแสดงความยินยอม/ เจตนา เข้ารับการผ่าตัดทำคลอด (Cesarean section)

เขียนที่.....

วันที่.....

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

ผู้รับบริการ คู่สมรสตามกฎหมายของ..... ผู้ปกครองตามกฎหมาย/ ผู้อนุบาล ของ
ดตุย. / นาง / นางสาว.....

(กรณีที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง เช่น ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย หรือศาลสั่งให้เป็นผู้ไร้ความสามารถ ให้ผู้ปกครอง
ตามกฎหมาย/ผู้อนุบาล เช่นลงลายมือชื่อให้ความยินยอมแทน)

เลขประจำตัวผู้รับบริการของสถานพยาบาล (Hospital number).....

เลขที่ผู้ป่วยใน (Admission number)..... หอผู้ป่วย.....

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

การวินิจฉัยโรค / ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดทำคลอด.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าการผ่าตัดทำคลอดเป็นวิธีการที่มีจุดประสงค์เพื่อผ่าตัดคลอดทารกผ่านทางหน้าท้องและผนังมดลูก และได้
ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดทำคลอดถึงวิธีการ ขั้นตอน ความจำเป็นที่ต้องผ่าตัด ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น อาการข้างเคียง
ภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งแนวทางป้องกันแก้ไขหากเกิดอันตรายและทางเลือกอื่นๆ

ข้าพเจ้าทราบว่า การผ่าตัดทำคลอดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ต่อทั้งมารดาและทารก แม้ว่าแพทย์จะได้กระทำโดยรอบคอบ
ถูกต้องตามหลักวิชาการทางการแพทย์แล้ว ได้แก่ การเสียเลือด การบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ ท่อไตหรือลำไส้ การอักเสบติดเชื้อ การ
บาดเจ็บต่อทารก ทารกหายใจเร็วชั่วคราว รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดมยาสลบหรือการฉีดยาชาเข้าบริเวณไขสันหลัง ซึ่งเกิดขึ้นได้
น้อยมาก

อัตราการเสียชีวิตภายหลังผ่าตัดทำคลอดพบประมาณ ๑ รายต่อการผ่าตัด ๑๒,๐๐๐ ราย

อนึ่งภายหลังการผ่าตัดทำคลอด อาจเกิดภาวะตกเลือดรุนแรงจนต้องตัดมดลูก เพื่อเป็นการช่วยชีวิตของข้าพเจ้า ตลอดทั้งการ
รักษาอื่นๆ เช่น การให้เลือดหรือยา หรืออาจจะมีการผ่าตัดอื่นๆ ตามความจำเป็นและตามที่แพทย์เห็นสมควร

ข้าพเจ้าได้รับทราบว่ามีทางเลือกอื่นๆ ของการคลอด แต่สมัครใจที่จะคลอดโดยวิธีการผ่าตัดทำคลอด ข้าพเจ้า
ทราบถึง ผลดี ผลเสีย ของการกระทำดังกล่าว ข้าพเจ้าได้สอบถามแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องโดยปราศจากข้อสงสัยและได้อ่านเอกสาร
คำแนะนำทั้งหมดแล้ว ซึ่งข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดี จึงได้แสดงความยินยอม/ เจตนาเข้ารับการผ่าตัดทำคลอด

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับบริการ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....(แพทย์/ ผู้ให้คำอธิบาย)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

ข้าพเจ้าขอยกเลิกความยินยอมที่ให้ไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

ผู้รับบริการ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

(อนุมัติเมื่อวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๕๔)

หนังสือแสดงความยินยอม/เจตนา รับการตัดไส้ติ่ง (Elective appendectomy)

เขียนที่.....

วันที่.....

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

ผู้รับบริการ คู่สมรสตามกฎหมายของ..... ผู้ปกครองตามกฎหมาย/ ผู้อนุบาล ของ

ด.ญ. / นาง / นางสาว.....

(กรณีที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง เช่น ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย หรือศาลสั่งให้เป็นผู้ไร้ความสามารถ ให้ผู้ปกครองตามกฎหมาย/ผู้อนุบาล เซ็นลงลายมือชื่อให้ความยินยอมแทน)

เลขประจำตัวผู้รับบริการของสถานพยาบาล (Hospital number).....

เลขที่ผู้ป่วยใน (Admission number).....หอผู้ป่วย.....

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

การวินิจฉัยโรค / ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดไส้ติ่ง.....

การผ่าตัด / หัตถการที่ทำร่วมด้วย ผ่าท้องทำคลอด ผ่าตัดมดลูกและ/หรือรังไข่ อื่น ๆ (ระบุ)

และได้รับทราบข้อมูลดังต่อไปนี้

๑. การตัดไส้ติ่ง (Elective appendectomy) เป็นการตัดไส้ติ่งที่ไม่มีพยาธิสภาพออก ร่วมกับการผ่าตัดอื่น ๆ เช่น ผ่าท้องทำคลอด ผ่าตัดมดลูก โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากไส้ติ่งอักเสบในอนาคต
๒. โอกาสที่จะเกิดโรคไส้ติ่งอักเสบตลอดทั้งชีวิตพบประมาณร้อยละ ๗ และจะลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น
๓. ภาวะแทรกซ้อนของการตัดไส้ติ่ง ได้แก่ การอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัดหรืออวัยวะในอุ้งเชิงกราน เสียเลือด เพิ่มเวลาในการผ่าตัดหรือการรักษาตัวในโรงพยาบาล ท้องอืด ลำไส้อุดตัน การบาดเจ็บต่อลำไส้ แผลที่ไส้ติ่งอักเสบหรือรั่ว มีรายงานของภาวะแทรกซ้อนไม่เกินร้อยละ ๗
๔. รายละเอียดเกี่ยวกับการตัดไส้ติ่ง ได้แก่ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด วิธีการ ขั้นตอนต่างๆ ประโยชน์ที่จะได้รับความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการแก้ไขหากเกิดอันตรายและทางเลือกอื่นๆ
๕. แพทย์อาจจะพิจารณาไม่ตัดไส้ติ่ง ในกรณีที่ทำได้ยากหรือมีโอกาสเสี่ยงสูง ที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้าพเจ้าได้สอบถามแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการตัดไส้ติ่งแล้ว ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดีและปราศจากข้อสงสัย จึงได้แสดงความยินยอม/ เจตนา เข้ารับการตัดไส้ติ่งหรืออนุญาตให้ตัดไส้ติ่งของ ด.ญ. / นาง / นางสาว.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับบริการ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....(ผู้ให้คำปรึกษา)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

ข้าพเจ้าขอยกเลิกความยินยอมที่ให้ไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

ผู้รับบริการ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

(อนุมัติเมื่อวันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๕๔)