



## เอกสารยินยอมรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General Anesthesia) โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า ..... อายุ ..... ปี HN ..... Ward.....

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมที่ตรงกับความจริง

### การปฏิบัติตัวก่อนระงับความรู้สึก

งดน้ำและอาหารทุกชนิดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนเข้าห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสูดสำลักอาหารเข้าปอด ซึ่งอาจถึงแก่ชีวิต

อาบน้ำชำระร่างกาย และสวมชุดที่เจ้าหน้าที่เตรียมไว้ให้ ไม่แต่งหน้า ทาเล็บ

ถอดเครื่องประดับทุกชนิด เนื่องจากอาจเกิดแผลไหม้บริเวณที่ผิวหนังสัมผัสเครื่องประดับได้

ถอดฟันปลอมและเลนส์ตาทุกชนิด ในกรณีที่มีฟันโยกหรือความผิดปกติในช่องปาก

งดสูบบุหรี่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัดเพื่อลดเสมหะและการไอซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ

การผ่าตัดใหญ่ หรือการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง อาจพิจารณาทำท่อช่วยหายใจหรือท่อเปิดทางเดินหายใจทางจมูก

ในระยะเวลาหลังผ่าตัด

### สิ่งที่ท่านได้รับเมื่อถึงห้องผ่าตัด

เมื่อถึงห้องผ่าตัดจะมีการตรวจสอบความถูกต้องของตัวผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล และการผ่าตัดเพื่อความปลอดภัย

มีการตรวจวัดชีพจร และความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด และสัญญาณชีพอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

จัดทำผู้ป่วยให้ออนหายใจ ดมหน้ากากออกซิเจน ระหว่างนั้นวิสัญญีแพทย์ฉีดยาระงับความรู้สึก

หลังจากผู้ป่วยหลับแล้ว จะใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา โดยวิสัญญี จนกว่าการผ่าตัดเสร็จสิ้น หากมีความผิดปกติเกิดขึ้น ทีมวิสัญญีจะให้การรักษาและแก้ไขเข้าสู่ระยะปลอดภัย

### การดูแลในระยะหลังผ่าตัด

หลังจากการผ่าตัด และระงับความรู้สึกเสร็จสิ้น จะมีการดูแลต่อที่ห้องพักฟื้น โดยทีมวิสัญญี ติดตามอาการในระยะหลังระงับความรู้สึก โดยดูแลสัญญาณชีพต่าง ๆ รวมไปถึงความต้องการของผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย และหลังจาก 24 ชั่วโมง จะมีทีมวิสัญญีไปตรวจเยี่ยมและติดตามอาการ เพื่อประเมินและดูแล หลังจากระงับความรู้สึกต่อ ณ หอผู้ป่วย

**ทีมวิสัญญีจะติดตามดูแลต่ออย่างไรหลังผ่าตัด**

เมื่อผู้ป่วยกลับมายังหอผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากทันตแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และได้รับยาบรรเทาอาการปวด ยาปฏิชีวนะและการทำหัตถการอื่น ๆ หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ระบายเคืองหรือเจ็บคอ และมีอาการเสียงแหบภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจอาการเหล่านี้เกิดขึ้นภายใน 1-2 วันหลังผ่าตัด หากอาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถแจ้งทีมวิสัญญีที่ติดตามการเยี่ยมท่านที่หอผู้ป่วยหรือทันตแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้การรักษาและดูแลต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากวิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล.....

จนเข้าใจถึงความจำเป็นในการให้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ข้าพเจ้ายินยอมให้ทีมวิสัญญีและผู้ที่ได้รับมอบหมายกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการวินิจฉัยหรือแผนการรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติม

ลงชื่อ .....  
(.....)

วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล

ลงชื่อ .....  
(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย

ลงชื่อ .....  
(.....)

พยาน

ลงชื่อ .....  
(.....)

พยาน

วันที่ .....เวลา .....

- หมายเหตุ**
1. กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาเพียงคนเดียว กรุณาลงบันทึก “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ในช่องลงนามพยานและเซ็นชื่อกำกับ
  2. กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติ (อายุต่ำกว่า 20 ปี) ผู้ปกครองเซ็นชื่อในช่อง ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย