



เอกสารยินยอมรับการรักษาภายใต้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19

การผ่าตัด.....
วันที่.....

สติ๊กเกอร์ ชื่อ-สกุล อายุ
HN ของผู้ป่วย

1. ข้าพเจ้า.....ได้รับคำอธิบายจากทีมแพทย์/ทันตแพทย์เกี่ยวกับกระบวนการรักษาของข้าพเจ้า และตระหนักดีว่าการรักษาในครั้งนี้เป็นกระบวนการผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน (elective case)
2. ข้าพเจ้ามีความเข้าใจโรคติดเชื้อโควิด-19 และความเสี่ยงสูงในการระบาดและการติดเชื้อระหว่างบุคคลเป็นอย่างดี
3. ข้าพเจ้าตระหนักถึงการปฏิบัติหน้าที่ของทีมทันตแพทย์/แพทย์และบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้องต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเป็นอย่างดี ซึ่งทีมทันตแพทย์/แพทย์ได้มีการซักประวัติ ตรวจการติดเชื้อ จำกัดพื้นที่เพื่อความปลอดภัย และการเตรียมความพร้อมในห้องผ่าตัดและหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการเตรียมความพร้อมเป็นอย่างดี ข้าพเจ้าตระหนักว่าอาจมีความเป็นไปได้และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 จากกระบวนการรักษาในครั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบ และยินยอมให้แพทย์ ทำการรักษาต่อไป
4. แม้ว่าข้าพเจ้าจะผ่านการตรวจทดสอบการติดเชื้อโควิด-19 และได้ผลเป็นลบก่อนเริ่มกระบวนการรักษา แต่มีความเป็นไปได้ ว่าอาจเกิดความผิดพลาดในการตรวจ และมีโอกาสติดเชื้อภายหลังการตรวจหาเชื้อโควิด-19
5. ข้าพเจ้าทราบถึงข้อจำกัดของการติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ อย่างไรก็ตามอาจเป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในกระบวนการรักษาและอาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้
6. ข้าพเจ้าทราบเป็นอย่างดีว่าหากมีการติดเชื้อโควิด-19 เกิดขึ้น ทั้งก่อน, ระหว่างหรือหลังการผ่าตัด อาจเกิดผลต่าง ๆ ตามมาดังนี้ คือ ผลการตรวจเชื้อโควิด-19 เป็นบวก การกักตัวเพื่อดูอาการ การตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการ การถูกส่งต่อไปรับ การรักษาที่โรงพยาบาลอื่นที่มีความพร้อมในการดูแล การนอนโรงพยาบาลเพื่อการรักษา การเข้ารับรักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ รวมทั้งอาจถึงแก่ชีวิต และการได้รับการดูแลที่ห้องฉุกเฉิน หรือโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ภายใต้สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า
7. ข้าพเจ้าทราบว่า การติดเชื้อโรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดที่เกิดขึ้นใหม่ อาจทำให้เกิดความเสี่ยงและ ความเสียหายต่อร่างกายอื่น ๆ ที่ไม่ได้ระบุในเอกสารนี้
8. ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับข้อความทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น โดยปราศจากข้อสงสัยใด ๆ และพร้อมจะรับการรักษาตามขั้นตอนเหล่านั้น

ลงชื่อ
(.....)
ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ
(.....)
ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย

ลงชื่อ
(.....)
พยาน

ลงชื่อ
(.....)
พยาน

วันที่ เวลา

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