



เอกสารยินยอมรับการระงับความรู้สึกแบบให้ยาคลายกังวลประเภททางปาก/ทางหลอดเลือดดำ
โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์

ข้าพเจ้า.....HN.....อายุ..... ปี

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมที่ตรงกับความจริง

การปฏิบัติตัวก่อนระงับความรู้สึก

☐ งดน้ำและอาหารทุกชนิดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนเข้าห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสูดสำลัก
อาหารเข้าปอด ซึ่งอาจถึงแก่ชีวิต

☐ ถอดเครื่องประดับทุกชนิด เนื่องจากอาจเกิดแผลไหม้บริเวณที่ผิวหนังสัมผัสเครื่องประดับได้

☐ ถอดฟันปลอม และเลนส์ตาทุกชนิด (ถ้ามี) ในกรณีที่มิฟันโยกหรือความผิดปกติในช่องปาก

☐ ผู้ป่วยที่ต้องระงับความรู้สึกแบบให้ยาคลายกังวลทางปาก จะได้รับยาคลายกังวลที่ห่อผู้ป่วยตามแผนการรักษาของ
ทันตแพทย์

☐ กรณีผู้ป่วยมีโรคประจำตัว และมีารับประทานประจำ ให้นำยามาในวันที่ผ่าตัด

☐ ผู้ป่วยต้องมีผู้ติดตามอย่างน้อย 1 คน เพื่อคอยดูแลหลังผ่าตัด

สิ่งที่ท่านได้รับเมื่อถึงห้องผ่าตัด

☐ เมื่อถึงห้องผ่าตัด/คลินิกศัลยกรรมช่องปาก จะมีการตรวจสอบความถูกต้องของตัวผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล และ
การผ่าตัดเพื่อความปลอดภัย

☐ ผู้ป่วยจะได้รับการเปิดเส้นทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้ยาคลายกังวล (กรณีเลือกการให้ยาทางหลอดเลือดดำ)

☐ มีการตรวจวัดชีพจร และความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด และสัญญาณชีพอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

☐ มีการตรวจวัดปริมาณแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ขณะหายใจออก โดยการใส่สายวัดปริมาณแก๊สทางจมูก

☐ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา โดยวิสัญญี จนกว่าการผ่าตัดเสร็จสิ้น หากมีความผิดปกติเกิดขึ้น
ทีมวิสัญญีจะให้การรักษาและแก้ไขเข้าสู่ระยะปลอดภัย

☐ ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการให้ยาคลายกังวลมากกว่า 1 ช่องทางโดยการให้ยาทางหลอดเลือดดำ การรับประทาน การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือทางการสูดดม ตามความเหมาะสมในขณะที่ทำการรักษา

การดูแลในระยะหลังผ่าตัด

☐ หลังจากการผ่าตัดเสร็จสิ้น จะมีการดูแลต่อในห้องพักฟื้น โดยพยาบาลติดตามอาการในระยะผ่าตัด โดยดูแล
สัญญาณชีพต่าง ๆ รวมไปถึงความต้องการของผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ชั่วโมง จนกว่าอาการของผู้ป่วยจะคงที่ ไม่มีภาวะคลื่นไส้
อาเจียน และสามารถกลับบ้านได้ โดยทันตแพทย์/แพทย์อนุญาต

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากวิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล.....

จนเข้าใจถึงความจำเป็นในการให้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ข้าพเจ้ายินยอมให้ทีมวิสัญญีและผู้ที่ได้รับมอบหมาย
กระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการวินิจฉัยหรือแผนการรักษา
ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติม

ลงชื่อ
(.....)

วิสัญญีแพทย์

ลงชื่อ
(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย

ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ
(.....)

วิสัญญีพยาบาล

ลงชื่อ
(.....)

พยาน

วันที่เวลา

- หมายเหตุ 1. กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาเพียงคนเดียว กรุณาลงบันทึก “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ในช่องลงนามพยานและเซ็นชื่อกำกับ
2. กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี บริบูรณ์ ผู้ปกครองเซ็นชื่อในช่อง ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย