หนังสือแสดงความยินยอมเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน
Home Ward Consent Form

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว..... มีฐานะเป็น O ผู้ป่วย O ผู้แทน/ญาติ ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วย ซึ่งข้าพเจ้ามีความเกี่ยวข้องเป็น..... ของผู้ป่วยชื่อ.....

มีความยินยอมโดยสมัครใจเข้ารับการรักษาการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) และอนุญาตให้คณะแพทย์และทีมสุขภาพทำการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในครั้งนี้

<u>ก่อนลงนามข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดดังต่อไปนี้</u>

1.โรคหรือการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น..... ผู้ป่วย/ญาติสามารถสอบถามเพิ่มเติมกับแพทย์เจ้าของไข้ได้

2.เหตุผลหรือความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)

( ) โรคที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องและถูกวิธี ( ) เพื่อให้ยาปฏิชีวนะลดการติดเชื้อ

( ) โรคที่ผู้ป่วยเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลและผู้ดูแลจากทีมสุขภาพ ( ) เหตุผลหรือความจำเป็นอื่นๆ.....

3.วิธีการรักษา ( ) ให้ยารับประทาน ( ) ให้ยาฉีด ( ) ทำแผล ( ) หัตถการ.....( ) อื่นๆ ระบ.....

ระยะเวลาที่คาดว่าจะเข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านอย่างน้อย.....วัน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน

4.ข้อดีเมื่อเข้ารับการรักษาดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ( ) ลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

( ) ลดภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน( ) ลดภาวะเสี่ยงต่อการพิการของร่างกาย ( ) อื่นๆ.....

5.ข้อเสียเมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษา ( ) อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบต่างๆได้

( ) อาจทำให้โรครุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถรักษาได้ ( ) อาจเกิดความพิการหรือเสียชีวิต ( ) ข้อเสียอื่นๆ ระบุ .....

6.อาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะที่เข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

( ) ติดเชื้อจากการให้สารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำ

( ) อาจเกิดอาการแพ้ยาที่ใช้ในการรักษา( ) อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอม ในการดูแลตนเองโดยการพักรักษาตัวที่บ้านโดยสมัครใจ หากผู้ป่วยรายนี้ได้รับอันตรายอันเนื่องมาจากการ รักษาพยาบาลตามวรรคแรก ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องหรือฟ้องร้องดำเนินคดีแก่ทีมคณะแพทย์และทีมสุขภาพแต่อย่างใด เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปากพะยูนได้อธิบายและตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่เข้าใจตลอด จึงลงลายมือหรือลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

โดยพักรักษาตัวที่บ้านพัก เลขที่..... หมู่บ้าน.....ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ชื่อผู้ใกล้ชิด ที่ติดต่อได้..... เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้รับทราบข้อมูล..... ผู้ป่วย/ผู้แทน ลงชื่อ..... ผู้ให้คำอธิบายฯ

(.....) เกี่ยวข้องเป็น..... (.....)

(ถ้าเขียนไม่ได้ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือด้านขวา) ตำแหน่ง.....

ลงชื่อพยานผู้ป่วย..... เกี่ยวข้องเป็น.....ลงชื่อ..... พยานฝ่าย รพ.

(.....) (.....)

ตำแหน่ง.....

ระบุสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถลงนามได้ Oไม่บรรลุนิติภาวะ (อายุต่ำกว่า 18 ปี) O ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต O ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว/ระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยน

<u>หมายเหตุ</u> ให้ชี้แจงทุกครั้งก่อนลงมือชื่อในหนังสือยินยอมให้การรักษา /ผู้ให้คำยินยอมได้แก่ ผู้ป่วยบรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ แต่ถ้าผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติ ภาวะ, ผู้ป่วยไม่รู้สึก, มีความบกพร่องทางกายหรือจิต ให้บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติใกล้ชิดหรือผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ลงนาม / ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยสมรสแล้ว และมีอายุมากกว่า 17 ปี บริบูรณ์ (มีทะเบียนสมรสตามกฎหมาย) สามารถลงนามเองได้

<u>คำนิยาม</u> บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Hospital Care at Home) หรือ Home ward เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ตามมาตรฐานการรักษาของแต่ละวิชาชีพ โดยมีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแล (care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยและสื่อสารกับทีมแพทย์