

แบบบันทึกรับทราบข้อมูล และ ยินยอมการรักษา
ระบบผู้ป่วยในบ้าน(Home Ward)โรงพยาบาลวังเจ้า



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

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN..... AN.....
เข้ารับการรักษาผู้ป่วยในวันที่.....ย้ายเข้าHWวันที่.....เบอร์โทร.....
ที่อยู่.....ลักษณะที่อยู่อาศัย/สถานที่ใกล้เคียง.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
ข้าพเจ้าเป็นผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจกระทำแทน โดยมีความสัมพันธ์เป็น.....ของ
ผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....เลขที่บัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและคำอธิบายจากผู้ให้การรักษา รวมถึงผลข้างเคียงและ/หรือผลที่จะเกิดขึ้น
ภายหลัง จนกระจ่างชัดแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำทุกประการ เช่น การวัดอุณหภูมิร่างกาย วัดความดัน
โลหิต วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ทำแผล วัดระดับน้ำตาล ตามเวลาที่กำหนด แล้วแจ้งผลให้ทางโรงพยาบาลวังเจ้า
ทราบทันที โดยข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลแบบโทรเวชกรรม(Telemedicine)หากข้าพเจ้าแสดงอาการที่มีข้อบ่งชี้ต้อง
รักษาตัวในโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลวังเจ้าจะรับข้าพเจ้าเป็นผู้ป่วยใน โดยข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ และบุคลากร
ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลวังเจ้าและผู้ได้รับมอบหมาย สามารถกระทำการดูแล รักษา ตรวจ วินิจฉัยเพิ่มเติม ทั้งนี้
ตามดุลยพินิจของบุคลากรทางการแพทย์ ข้าพเจ้าเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องรับการตรวจ วินิจฉัย รักษา
ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัย หรือแผนการดูแลรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบาย
เพิ่มเติม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลส่วนตัวด้านภาวะสุขภาพที่อาจมีผลต่อการดูแลรักษาแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์
ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคประจำตัว เป็นต้น

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอม ในการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในบ้านด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้แพทย์และทีม
สุขภาพได้อธิบายและตอบคำถามของข้าพเจ้าจนเป็นที่พอใจและรับทราบกฎระเบียบของโรงพยาบาลวังเจ้าโดย
ตระหนักดีว่าสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงแม้ว่าจะได้รับการดูแลจากแพทย์และทีมสุขภาพ อย่างเต็มความสามารถ
แล้วด้วยเหตุสุดวิสัย

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน ()	ลงชื่อ..... ผู้ให้คำอธิบาย () ตำแหน่ง.....
ลงชื่อ.....พยานผู้ป่วย ()	ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่ ()
เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย	ตำแหน่ง.....