



หนังสือยินยอมรับการใส่สารที่บรังสี



วันที่.....

ท่านกำลังจะเข้ารับการตรวจ..... โดยการแนะนำของแพทย์..... ซึ่งการตรวจดังกล่าว จะมี
การใส่สารที่บรังสีผ่านเข้าสู่ร่างกายทาง การดื่ม/สวนเข้าทวารหนัก/ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ซึ่งผลข้างเคียงของการใส่สารที่บรังสีมีดังต่อไปนี้

1. การแพ้สารที่บรังสี โดยประมาณ 60% ของการแพ้สารที่บรังสี จะเกิดภายในเวลา 5 นาทีหลังการฉีด และมีระดับความรุนแรงตั้งแต่ ไม่รุนแรง (ได้แก่ ร้อนบริเวณที่ฉีด เกิดผื่นคัน), ปานกลาง (ได้แก่ ผื่นตามผิวหนัง หายใจขัด ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้/อาเจียน มีอาการบวมของใบหน้า/ปาก ชัก หมดสติ), รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต จากข้อมูลอ้างอิงทางการแพทย์ พบว่ามีโอกาสเกิดได้ 1 ใน 160,000 ราย หรือน้อยกว่า 0.001%
2. การรั่วซึมของสารที่บรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ อาการความรุนแรงขึ้นอยู่กับปริมาณของสารที่บรังสีที่รั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำ โดยเริ่มมีอาการได้ตั้งแต่ ปวด บวม ตึง แดง จนถึงระดับที่ส่งผลให้เนื้อเยื่อในบริเวณดังกล่าวขาดเลือดไปเลี้ยง และรุนแรงจนอาจเกิดภาวะเนื้อเยื่อตายได้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะรุนแรงดังกล่าวพบได้ประมาณ <1%
3. ส่งผลต่อการทำงานของไตที่ลดลง ซึ่งจะเกิดในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือมีปัญหาการทำงานของไตอยู่เดิม ในกรณีนี้ผู้เข้ารับการตรวจจะต้องได้รับการตรวจค่าการทำงานของไตที่ล่าสุดก่อนการฉีดสารที่บรังสีทุกครั้ง และหากมีความกังวลสามารถปรึกษาจากแพทย์เจ้าของไข้หรือรังสีแพทย์ได้ก่อนการทำการตรวจ

จากข้อมูลข้างต้น เพื่อความปลอดภัยของท่านและเพื่อเป็นการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

1. ท่านมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่: โรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด โรคไต โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคลมชัก
2. ท่านเคยมีประวัติการใส่สารที่บรังสีมาก่อนหรือไม่: เคย ไม่เคย ไม่แน่ใจ
- ถ้าท่านเคยฉีดสารที่บรังสี ท่านมีอาการแพ้หรือไม่: แพ้ ไม่แพ้
3. ท่านเคยมีประวัติแพ้อาหารทะเลหรือไม่: ไม่แพ้ แพ้ มีอาการ.....
4. ท่านเคยมีประวัติแพ้ยาอื่น ๆ หรือไม่: ไม่แพ้ แพ้ มีอาการ.....
5. สำหรับท่านสุภาพสตรี วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้ายวันที่..... และขณะนี้ท่านกำลังอยู่ในช่วงตั้งครรภ์หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....หรือตัวแทนของข้าพเจ้า.....นามสกุล.....
ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ได้รับทราบข้อมูลดังกล่าวเบื้องต้นอย่างครบถ้วนและเข้าใจสาระสำคัญแล้ว ทั้งมีการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ข้อเสนอ
ผลดี/ผลเสีย รวมทั้งผลข้างเคียงอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งจากแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอื่นจนเป็นที่พอใจแล้ว ข้าพเจ้าและ/หรือ
ตัวแทนของข้าพเจ้า ยินยอม รับการตรวจนี้ด้วยความเข้าใจ เต็มใจและยินยอมโดยปราศจากการชักจูง ชูเชิญ บังคับ หรือหลอกลวง ทั้งนี้ทางโรงพยาบาล
จะดำเนินการตรวจรักษาตามมาตรฐาน และรักษาไว้ซึ่งจรรยาบรรณอย่างเคร่งครัด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อพยาน

ยินยอม ไม่ยินยอม เพราะ.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม/ไม่ยินยอม	ลงชื่อ.....แพทย์เจ้าของไข้
(ตัวบรรจง.....)	(ตัวบรรจง.....)
ลงชื่อ.....ญาติผู้ป่วย	ลงชื่อ.....รังสีแพทย์
(ตัวบรรจง.....)	(ตัวบรรจง.....)
ลงชื่อ.....พยาน	ลงชื่อ.....นักรังสีการแพทย์
(ตัวบรรจง.....)	(ตัวบรรจง.....)
	ลงชื่อ.....พยาบาล
	(ตัวบรรจง.....)