โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
Chiangrai Prachanukroh Hospital

ใบยินยอมการตรวจพิเศษทางรังสี (แบบไม่ฉีดสารทึบรังสี)

ชนิดการตรวจ

☐ Barium enema / loopogram การสวนแป้งเพื่อตรวจลำไส้ใหญ่

☐ Voiding cystourethrogram การฉีดสีเพื่อตรวจกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะ

☐ G.I. Follow through/Barium swallowing/ Upper GI series การกลืนแป้งเพื่อตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น

☐ Hysterosalpingogram การฉีดสีเพื่อตรวจมดลูกและท่อนำไข่

☐ Reduction with pneumo-enema การรักษาโรคลำไส้กลืนกันโดยใช้แรงดันลม

☐ Noncontrast CT scan ☐ อื่นๆ.....

เพื่อความปลอดภัยของท่านและเพื่อเป็นการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

1. ท่านมีโรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
2. สำหรับท่านสุภาพสตรี วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้ายวันที่.....
3. **ขณะนี้ท่านกำลังอยู่ในช่วงตั้งครรภ์ใช่หรือไม่** ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่แน่ใจ .....
4. อื่น.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ..... นามสกุล ..... หรือตัวแทนของข้าพเจ้า

ชื่อ..... นามสกุล ..... ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น ..... ได้รับทราบ

ข้อมูลและรายละเอียดของการตรวจรักษานี้ และเข้าใจในสาระสำคัญดีแล้ว

ข้าพเจ้าได้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ข้อสงสัย ผลดี ผลเสีย รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ทั้งจากแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอื่น ๆ จนเป็นที่พอใจแล้ว รวมทั้งโอกาสที่จะเกิดการแพ้สารทึบรังสีหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และยินยอมรับการตรวจนี้ด้วยความเต็มใจและเป็นความยินยอมที่แท้จริง ปราศจากการชักจูง ขู่เข็ญ บังคับ หลอกลวง ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลจะทำการตรวจรักษาตามมาตราฐาน และรักษาไว้ซึ่งจรรยาบรรณอย่างเคร่งครัด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม

(ตัวบรรจง .....)

ลงชื่อ ..... รังสีแพทย์

(ตัวบรรจง .....)

ในฐานะ ☐ ผู้ป่วย ☐ สามี / ภรรยา ☐ ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงชื่อ ..... ญาติผู้ป่วย

(ตัวบรรจง .....)

ลงชื่อ ..... นักรังสีเทคนิค

(ตัวบรรจง .....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(ตัวบรรจง .....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(ตัวบรรจง .....)