



หนังสือแสดงความยินยอมรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Consent Form Aeromedical Transport)

ชื่อผู้ป่วย..... สิทธิการรักษา..... HN..... AN..... อายุ.....ปี.....วัน เพศ <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย ประวัติแพ้ยา..... แพทย์ผู้ดูแล..... วันที่.....	ชื่อญาติหรือผู้ติดตามผู้ป่วยโดยสารอากาศยาน..... ชื่อ.....สกุล..... ID..... อายุ.....ปี เพศ <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
--	---

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมโดยสมัครใจให้คณะแพทย์- พยาบาล / พนักงานของโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายมีส่วนร่วมในการดูแลข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าเข้าใจ และยินยอมให้เตรียมการ รวมทั้งดำเนินการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ตามที่ได้มีการวางแผนไว้สำหรับข้าพเจ้าคือ :

- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยรถพยาบาล ภายใต้การดูแลของแพทย์หรือพยาบาล
จาก _____ ไปส่งที่ _____
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยอากาศยาน ภายใต้การดูแลของแพทย์หรือพยาบาล
จาก _____ ไปส่งที่ _____
- การดูแลรักษาระหว่างการเคลื่อนย้ายตามที่ผู้ป่วย/ครอบครัวได้แจ้งความประสงค์ไว้ ดังคำอธิบายต่อไปนี้

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการเคลื่อนย้าย และการปฏิบัติตัว ทั้งนี้รวมถึงข้อบ่งชี้, ประโยชน์, ความเสี่ยง, ผลข้างเคียง และ/หรือผลอาจเกิดขึ้นได้ในภายหลัง อีกทั้งได้รับทราบทางเลือกอื่นๆ ที่เป็นไปได้สำหรับกรณีของข้าพเจ้านี้เป็นอย่างดี ตลอดจนได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยใดใด ที่ข้าพเจ้าพึงมีโดยข้าพเจ้ามีความเข้าใจและยินดีให้ความร่วมมือตามคำแนะนำข้าพเจ้าได้รับการอธิบายข้อมูลการเดินทาง และเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้ ซึ่งจะไม่นำมาเป็นเหตุแห่งการฟ้องร้องต่อหน่วยงานและผู้ปฏิบัติการ

1. การเดินทางในพาหนะมีพื้นที่จำกัด, มีเสียงดังรบกวน, มีการสั่นสะเทือน ทั้งอาจมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ และความดันบรรยากาศ
2. มีความเสี่ยงที่พาหนะจะเดินทางล่าช้า หรือเกิดการชำรุดจากเหตุสุดวิสัย
3. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุรุนแรงจนอาจถึงแก่ชีวิตระหว่างการเดินทาง ความเสี่ยงนั้นต่างกันตามวิธีเดินทางและสภาพเส้นทาง

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมให้คณะแพทย์- พยาบาลผู้ที่ได้รับมอบหมายฯ สามารถระทำการรักษา/หัตถการ เพิ่มเติมด้วยเหตุผลซึ่งแสดงถึงความจำเป็นในการวินิจฉัย/การรักษาดังกล่าว อาทิ เช่น การใช้ระดับความรู้สึก การให้โลหิต และ/หรือผลิตภัณฑ์ของโลหิต การกระทำดังกล่าวรวมทั้งการปรับเปลี่ยนแผนการเดินทางได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้า หากกระทำไปโดยคำนึงถึงความปลอดภัย และผลประโยชน์ของตัวข้าพเจ้าเอง

ณ ที่นี้ข้าพเจ้า ขอแสดงความยินยอมเพื่อรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ลายเซ็นผู้ป่วย _____ ชื่อผู้ป่วย _____ วันที่ _____

ลายเซ็นพยาน _____ ชื่อพยาน _____ วันที่ _____

ลายเซ็นพยาน _____ ชื่อพยาน _____ วันที่ _____

(เฉพาะกรณีพิมพ์ลายนิ้วมือผู้ป่วย)

ลายเซ็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วย _____ ชื่อแพทย์/พยาบาลผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วย _____ วันที่ _____

ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ*, ข้อความดังกล่าวข้างต้นได้ถูกอธิบายให้ผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมายในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (นามดังกล่าวข้างล่าง) ได้รับทราบ และแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษาดังกล่าวแล้ว

ชื่อผู้แทนผู้ป่วย _____ ลายเซ็นผู้แทนผู้ป่วย _____ วันที่ _____

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย _____ หมายเลขบัตรประจำตัว _____

สถานที่ออกบัตรฯ _____ วันออกบัตรฯ _____ วันที่บัตรฯหมดอายุ _____

ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ที่เซ็นแทนผู้ป่วย _____

- * โปรดระบุเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นยินยอมเพื่อรับการรักษาด้วยตนเองได้
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ - ผู้ป่วยอายุไม่ครบ 20 ปี บริบูรณ์
 - ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต _____
 - อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____