แบบแสดงความยินยอมการตรวจพิเศษทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสี

ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลสันทราย

วันที่ _____

เวลา _____น. ที่รับทราบข้อมูล

เนื่องจากแพทย์ที่ตรวจรักษาท่านได้ทำการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยใช้สารทึบรังสี ในการตรวจอวัยวะภายในร่างกายเพื่อบ่งบอกถึงความผิดปกติและ/หรือติดตามผลการรักษาผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องใช้สารทึบรังสีที่มีส่วนประกอบของไอโอดีนความเข้มสูงในการสร้างภาพทางรังสีเพื่อการวินิจฉัย

การฉีดสารใด ๆผ่านทางหลอดเลือดดำอาจมีความเสี่ยงต่อร่างกายของผู้ป่วยดังนี้

1.ความเสี่ยงสารทึบรังสีรั่วออกนอกหลอดเลือดดำ

ขณะฉีดสารทึบรังสีอาจทำให้เส้นเลือดเกิดความเสียหาย เกิดการรั่วของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ โดยเฉพาะการให้ยาผ่านเครื่องฉีดอัตโนมัติ ทำให้สารทึบรังสีซึมอยู่ใต้ผิวหนัง ส่งผลให้เกิดอาการบวมบริเวณดังกล่าว และอาจรู้สึกปวดแสบหรือเกิดการพุพองของผิวหนังตามมาได้

2. การติดเชื้อ

เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้น้อยมาก เนื่องจากเครื่องมือสะอาด และใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ

3. ความเสี่ยงต่ออาการข้างเคียงและการแพ้สารทึบรังสี

ผู้ป่วยบางราย (ส่วนน้อย) อาจมีอาการข้างเคียงหรืออาการแพ้เกิดทันทีหลังจากได้รับสารทึบรังสี โดยอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน และร้อนทั่วร่างกาย อาการดังกล่าวจะบรรเทาลงหลังหยุดฉีดสารทึบรังสี ส่วนอาการแพ้อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เล็กน้อยถึงขั้นรุนแรง ส่วนมากเป็นอาการแพ้ขั้นเล็กน้อย ได้แก่ มีผื่นแดง อาการคัน ลมพิษ จาม ไอ ส่วนการแพ้สารทึบรังสีขั้นรุนแรงนั้นมีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก เช่น หายใจลำบากเฉียบพลัน ความดันโลหิตต่ำหรือสูงกว่าปกติ จนถึง หมดสติได้ อย่างไรก็ตาม รังสีแพทย์ พยาบาลและทีมเจ้าหน้าที่จะคอยเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถ โดยทางโรงพยาบาลได้จัดเตรียมยา และอุปกรณ์ช่วยชีวิตไว้ที่ห้องตรวจและมีทีมช่วยเหลือเร่งด่วนกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินตลอดเวลา

4. ความเสี่ยงต่อภาวะการทำงานของไตบกพร่อง

อาจเกิดขึ้นหลังจากได้รับสารทึบรังสีเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคไต หรือผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของไตบกพร่องอยู่แล้ว อาจมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะไตวาย หลังฉีดสารทึบรังสีได้ กรณีดังกล่าวผู้ป่วยอาจได้รับคำแนะนำการตรวจด้วยวิธีอื่น หรือมีการเตรียมตัวก่อนการตรวจเช่น ดื่มน้ำให้เพียงพอทั้งก่อนและหลังตรวจ ทั้งนี้จำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

ข้าพเจ้า_____ □ ผู้ป่วย □ผู้เกี่ยวข้องเป็น_____ ของผู้ป่วยได้อ่านและ/หรือรับทราบความเสี่ยงของการได้รับสารทึบรังสีในการตรวจดังกล่าวข้างต้นแล้ว □ยินยอม □ไม่ยินยอม ให้ดำเนินการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยใช้สารทึบรังสีให้แก่ผู้ป่วยชื่อ_____ เลขโรงพยาบาล_____

ลงชื่อ_____ ผู้ให้คำยินยอม/ไม่ยินยอม **ลงชื่อ_____ พยาน(ญาติผู้ตรวจ)**

(_____) ต้องมีอายุ18 บริบูรณ์ขึ้นไป **(_____)**

ลงชื่อ_____ ผู้ให้ข้อมูล **ลงชื่อ_____ พยาน(เจ้าหน้าที่)**

(_____) (_____)