

แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการตรวจ

สำหรับการตรวจวินิจฉัยโรคทางรังสีวิทยาในสตรีที่กำลังตั้งครรภ์

ชื่อ..... นามสกุล..... HN..... อายุ..... ปี

วันที่..... รายการตรวจ .....

แพทย์ที่ทำการตรวจรักษาท่านได้ขอทำการตรวจทางรังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยโรค ซึ่งจำเป็นต้องใช้รังสีเอกซ์หรือ x-Ray ที่เป็นรังสีชนิดก่อกำเนิดในการตรวจดังกล่าว การได้รับรังสีชนิดก่อกำเนิดที่มีพลังงานสูงมีความเสี่ยงอาจมีผลต่อทารกในครรภ์ได้ ทั้งนี้อันตรายจากการได้รับรังสีนั้นขึ้นอยู่กับอายุครรภ์และปริมาณรังสี ดังนี้

1. Teratogenesis คือ มีผลให้เกิดความพิการแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ได้ โดยมักเป็นในกรณีได้รับรังสีปริมาณสูงที่พบบ่อยคือ ความพิการของระบบสมองและประสาท ความผิดปกติทางสติปัญญาและการเรียนรู้
2. Carcinogenesis คือ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก
3. Mutagenesis คือ มีผลต่อการเกิดความเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติในเซลล์สืบพันธุ์ ซึ่งจะมีผลต่อความผิดปกติในประชากรรุ่นถัดไป

ข้าพเจ้า (ผู้ป่วย/ผู้แทนโดยชอบธรรม).....

โดยเกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการตรวจ ประโยชน์ ความเสี่ยง และทางเลือกอื่นแทนการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมรับการตรวจวินิจฉัยดังกล่าวและในกรณีเกิดภาวะอันตรายจากการได้รับรังสีขึ้น

ข้าพเจ้าจะไม่กล่าวโทษต่อเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานและโรงพยาบาลสันทราย โดยได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทนฯ ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ส่งตรวจ

(.....)

(.....)

กรณีผู้ให้คำยินยอมลงลายชื่อไม่ได้ให้พิมพ์ลายนิ้วมือลงในช่องลงชื่อพร้อมระบุนิ้ว (โดยปกติให้ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวา)

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....นักรังสีการแพทย์

(.....)

(.....)

ผู้ป่วยมาคนเดียว

หมายเหตุ: ได้ทำการป้องกันรังสีโดย.....

เทคนิคที่ใช้..... KVP..... MAS/.....MA .....Sec