



เอกสารเพื่อแสดงความยินยอมของผู้ป่วยในการรักษาตามโครงการ
การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) (ภายใน 24 ชั่วโมง)

ข้าพเจ้า.....
ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการการผ่าตัดทำหัตถการแบบวันเดียวกลับ (ภายใน 24 ชั่วโมง) หลังจากที่
ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาโรค.....ของข้าพเจ้า
ด้วยการทำหัตถการหรือผ่าตัดวิธี.....

โดยแพทย์.....
และการใช้วิธีการวิสัญญีด้วยวิธี.....
โดยแพทย์.....

และทราบถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการทำหัตถการ
โดยมี (ชื่อ-สกุล).....เป็นผู้ดูแลเมื่อข้าพเจ้ากลับบ้าน
และเข้าใจว่าหากมีปัญหาใดๆที่สงสัยเกี่ยวกับการทำหัตถการ ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับโรงพยาบาล
ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทางช่องทางดังนี้ (โทรศัพท์ 02-444-0138, 02-444-3724, 02-4443900, 02-421-2222
ID line @1rpp หรือ Scan QR code)



.....
(.....)
ผู้ป่วยผู้ให้ความยินยอม

.....
(.....)
ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

.....
(.....)
แพทย์ผู้ทำการรักษา