

ใบขอขึ้นทะเบียน / ปรับปรุงแก้ไข / ยกเลิก เอกสารคุณภาพ

ส่วนที่ ๑ ผู้เสนอขอ	
วันที่เสนอ.....	12/02/62
คณะกรรมการ/หน่วยงาน.....	ศัลยกรรม
เรื่อง	๑. <input type="checkbox"/> การขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ ๒. <input type="checkbox"/> การขอปรับปรุงแก้ไขข้อความในเอกสารคุณภาพ ๓. <input checked="" type="checkbox"/> การยกเลิกเอกสารคุณภาพ
ประเภทเอกสารคุณภาพ	<input type="checkbox"/> คู่มือคุณภาพ (Quality Manual) <input type="checkbox"/> ระเบียบปฏิบัติ (Procedure Manual) <input type="checkbox"/> วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) <input type="checkbox"/> เอกสารสนับสนุน (Support Document) <input checked="" type="checkbox"/> แบบฟอร์ม (Form)
เอกสารคุณภาพเรื่อง.....	หนังสือขออนุญาตงดตรวจบันทึกผลตรวจผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม
รหัสเอกสารคุณภาพ.....	FR - TQM - 001.13.1
เหตุผลการจัดทำ.....	ยกเลิกเอกสาร
<input type="checkbox"/> กรณีที่เป็นเอกสารคุณภาพขึ้นทะเบียนใหม่ ให้ส่งเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อมไฟล์ข้อมูลมาด้วย <input type="checkbox"/> กรณีที่เป็นการแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพที่เคยทำแล้ว ให้ส่งเอกสารเดิมพร้อมกับเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่ มาด้วย	
ลงชื่อ.....	ผู้เสนอขอ
ตำแหน่ง.....	นายแพทย์
ส่วนที่ ๒ ผู้ตรวจสอบ	
<input type="checkbox"/> เห็นชอบให้จัดทำเอกสาร ดำเนินการขออนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ สงสัยผู้จัดทำ เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....	
ลงชื่อ.....	ผู้ตรวจสอบ
ตำแหน่ง.....	
วันที่.....	
ส่วนที่ ๓ ผู้อนุมัติ	
<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....	
เห็นควรให้งานคุณภาพดำเนินการต่อไป	
ลงชื่อ.....	ผู้อนุมัติ
ตำแหน่ง.....	
วันที่.....	26/2/62

หมายเหตุ : ๑) คู่มือคุณภาพ/นโยบาย รพ./ระเบียบปฏิบัติ ส่วนที่ ๓ อนุมัติโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๒) วิธีปฏิบัติ/แบบฟอร์ม ส่วนที่ ๓ อนุมัติโดยหัวหน้ากลุ่มภารกิจ พรส.
๓) คู่มือคุณภาพ/นโยบาย รพ./ระเบียบปฏิบัติ ส่วนที่ ๒ ผู้ตรวจสอบ คือ หัวหน้ากลุ่มภารกิจ พรส.
๔) วิธีปฏิบัติ/แบบฟอร์ม ส่วนที่ ๒ ผู้ตรวจสอบ คือ ประธานทีมระบบ/ประธานทีม PCT/ประธานทีม service Plan/ หัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้างาน
๕) คู่มือคุณภาพ/นโยบาย รพ./ระเบียบปฏิบัติ /วิธีปฏิบัติ/แบบฟอร์ม ส่วนที่ ๑ ผู้เสนอขอ คือ ประธานทีมระบบ/ประธานทีม PCT/ ประธานทีม service Plan/ หัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้างาน

หนังสือรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาทางสูติกรรม

ห้องคลอด กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลทุ่งสง

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ป่วย) ผู้รับบริการ อายุ ปี HN

หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย

เลขที่บัตรประชาชน - - - - -

ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุ่งสงทำการรักษา (ชื่อผู้ป่วย)
..... เพื่อวินิจฉัย บำบัดโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การผดุงครรภ์ และการฟื้นฟูสภาพ
ร่างกายและจิตใจทางการแพทย์ เช่น การให้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารใด ๆ เข้าสู่ร่างกาย และข้าพเจ้า
ยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัยพยาบาลนั้น ๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อรับการตรวจรักษา ณ
สถานพยาบาลอื่นเมื่อมีเหตุอันสมควร

ข้อมูลที่ผู้ป่วยและญาติได้รับ

1. โรค/กลุ่มอาการ ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 2-5 วัน
2. ความจำเป็นที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเผื่อระวังดูแลให้การรักษาพยาบาลระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และ
หลังคลอด
3. แผนการรักษาเตรียมผู้ป่วยสำหรับการคลอด ค้นหาความเสี่ยง ติดตามความก้าวหน้า เผื่อระวังความเสี่ยง ช่วย
คลอดและดูแลหลังคลอด ส่งเสริมการให้นมแม่
4. ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้คลอดทุกราย
 - 4.1. **น้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด** เป็นภาวะอันตรายที่ทำให้มารดาและทารกเสียชีวิตระหว่างรอคลอด ก่อนและ
หลังคลอดได้ อัตราการเกิด 1 ต่อ 8,000 - 30,000 คน **ส่วนใหญ่จะเสียชีวิต** ถ้าไม่เสียชีวิตจะมีความพิการ
ทางสมองสูง
 - 4.2. **ตกเลือดหลังคลอด** ถ้าตกเลือดอย่างรุนแรงจะทำให้มารดาเสียชีวิตได้ ตกเลือดขั้นรุนแรงมากพอประมาณ 1
ต่อ 1,000 คน การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตประมาณร้อยละ 11 ของสาเหตุการ
ตายทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยง ได้แก่
 - 4.3. **รกลอกตัวก่อนกำหนด** ถ้าพื้นที่การลอกตัวของรกมีมากทารกจะเกิดอันตราย ทำให้ทารกขาดออกซิเจนอย่าง
รุนแรงและเสียชีวิตได้ มารดาช็อคจากการเสียเลือดมากและเกิดภาวะเลือดไหลไม่หยุดทำให้มีโอกาสเสียชีวิต
ได้

4.4. มดลูกแตก อัตราการเกิด 1 ต่อ 2,000 คน อัตราตายสูง มารดามักเสียชีวิตจากภาวะช็อคจากการเสียเลือดจำนวนมากในระยะเวลาสั้น ๆ จะมีโอกาสรอดได้ในกรณีที่มีความรุนแรงมากต้องตัดมดลูกออกเพื่อช่วยชีวิต ส่วนน้อยที่ยังซ่อมแซมได้ทารกส่วนใหญ่มักเสียชีวิต

4.5. การบาดเจ็บของทารกจากการช่วยคลอด เช่น บาดแผลที่ศีรษะ จากการเจาะถุงน้ำ การใช้คีม หรือเครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด การคลอดไหล่ยากเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาททำให้แขนอ่อนแรง หรือกระดูกไหปลาร้าหัก

4.6.

โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความตลอดแล้วยินยอมรับการรักษาและยอมรับผลที่อาจเกิดขึ้นจากความเสียหายทุกประการ จึ่งลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ ผู้ให้ข้อมูล
(.....)

แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ พยาน/ญาติผู้คลอด
(.....)

ลงชื่อ พยานเจ้าหน้าที่
(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้คลอด

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.

หมายเหตุ กรณีผู้คลอดอายุน้อยกว่า 17 ปี สามียังไม่บรรลุนิติภาวะหรือ อายุน้อยกว่า 20 ปี จำเป็นต้องมีผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองหรือญาติที่ใกล้ชิดลงบันทึกยินยอมผ่าตัดร่วมด้วยทุกครั้ง

FR-IMM-001.13.1 (ฉบับ B ประกาศใช้ 27 มิ.ย.61)