

ใบขอขึ้นทะเบียน / ปรับปรุงแก้ไข / ยกเลิก เอกสารคุณภาพ

วันที่เสนอ 12 ค.พ. ส่วนที่ ๑ ผู้เสนอขอ

คณะกรรมการ/หน่วยงาน ผู้ปกครอง

เรื่อง การขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ การขอปรับปรุงแก้ไขข้อความในเอกสารคุณภาพ

การยกเลิกเอกสารคุณภาพ

ประเภทเอกสารคุณภาพ คู่มือคุณภาพ (Quality Manual) ระเบียบปฏิบัติ (Procedure Manual)

วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) เอกสารสนับสนุน (Support Document)

แบบฟอร์ม (Form)

เอกสารคุณภาพเรื่อง ทำใบรับรองใหม่โดยคณะกรรมการบริหารโรงเรียน ห้วยน้ำกลุ่มภารกิจ พรส.

รหัสเอกสารคุณภาพ FR-Imm-001.14.4

เหตุผลการจัดทำ ปรับปรุงแก้ไข

กรณีที่เป็นเอกสารคุณภาพขึ้นทะเบียนใหม่ ให้ส่งเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อมไฟล์ข้อมูลมาด้วย

กรณีที่เป็นการแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพที่เคยทำแล้ว ให้ส่งเอกสารเดิมพร้อมกับเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่ มาด้วย

ลงชื่อ [Signature] ผู้เสนอขอ

ตำแหน่ง หัวหน้าโรงเรียน

เห็นชอบให้จัดทำเอกสาร ดำเนินการขออนุมัติ ส่วนที่ ๒ ผู้ตรวจสอบ

ไม่เห็นชอบ ส่งคืนผู้จัดทำ

เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ [Signature] ผู้ตรวจสอบ

ตำแหน่ง ประธานทีมระบบ/ประธานทีม PCT

วันที่ 25/11/62

อนุมัติ ส่วนที่ ๓ ผู้อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....

เห็นควรให้งานคุณภาพดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ [Signature] ผู้อนุมัติ

ตำแหน่ง [Signature]

วันที่ 26/11/62

(หัวหน้ากลุ่มภารกิจ พรส.)

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

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการผ่าตัดทำหมัน

กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลทุ่งสง

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ป่วย) ผู้รับบริการ อายุ ปี HN

หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย

ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุ่งสงทำการรักษา (ชื่อผู้ป่วย)

วิธีการ

- ทำหมันหลังคลอด** โดยทั่วไปแพทย์จะทำหมันหลังคลอดภายใน 1-3 วัน หลังจากที่ให้ยาระงับความรู้สึก แพทย์จะผ่าตัดเปิดหน้าท้องบริเวณใต้สะดือหรือต่ำกว่านั้น เป็นแผลยาวประมาณ 2-3 เซนติเมตร และใช้เครื่องมือจับและผูกและ/หรือตัดท่อนำไข่ทั้งสองข้าง แล้วจึงเย็บปิดหน้าท้อง
- ทำหมันแห้ง** ทำเมื่อหญิงนั้นไม่อยู่ในระยะหลังคลอดและแน่ใจว่าไม่ได้ตั้งครรภ์ หลังจากที่ให้ยาระงับความรู้สึก แพทย์อาจมีการใส่เครื่องมือยกมดลูกทางช่องคลอด และแพทย์จะผ่าตัดเปิดหน้าท้องบริเวณเหนือหัวหน้าว เป็นแผลยาวประมาณ 2-4 เซนติเมตร และใช้เครื่องมือจับผูกและตัดท่อนำไข่ทั้งสองข้าง แล้วจึงปิดหน้าท้อง
- ทำหมันพร้อมกับการผ่าตัดคลอด** โดยแพทย์จะใช้เครื่องมือจับผูกและตัดท่อนำไข่ทั้งสองข้างขณะผ่าตัดคลอด

ข้าพเจ้าได้ขอให้แพทย์ทำการผ่าตัดทำหมันให้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการผ่าตัดนี้จะทำให้เป็นหมัน ซึ่งการแก้หมันในภายหลังทำได้ยาก ข้อมูลทางการแพทย์ขณะนี้พบว่าผู้ที่ได้รับการทำหมันหญิงแล้ว จะเป็นหมันโดยไม่ต้องคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นอีก แต่ก็ยังอาจตั้งครรภ์ได้อีก อัตราการตั้งครรภ์หลังทำหมันพบได้ประมาณ 4 รายใน 1,000 ราย และ 1 ใน 3 ของผู้ที่ตั้งครรภ์อาจเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก ดังนั้น ผู้ที่สงสัยว่าอาจตั้งครรภ์ควรปรึกษาแพทย์

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ การระงับความรู้สึก การอักเสบติดเชื้อ เลือดออกในช่องท้อง หรือก้อนเลือดบริเวณแผลผ่าตัด แผลไม่ติด เกิดอันตรายต่ออวัยวะอื่นในช่องท้อง โดยทั่วไปภาวะแทรกซ้อนนี้พบไม่บ่อย ไม่รุนแรง และสามารถรักษาได้ไม่ยาก

ข้าพเจ้าได้รับทราบโดยละเอียดถึงผลที่จะได้รับหลังการผ่าตัดทำหมัน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดการทั้งทราบดีว่ามีวิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น ๆ อีกที่ข้าพเจ้าจะเลือกใช้ได้ แต่ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้แพทย์ทำหมัน และยอมรับผลที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว ข้าพเจ้าจะยกเลิกความยินยอมนี้เมื่อไรก็ได้ก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดทำหมัน

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ ผู้ให้ข้อมูล
(.....)

แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ สามเณร/พยาบาล
(.....)

ลงชื่อ พยาบาลเจ้าหน้าที่
(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.