

หนังสือแสดงความยินยอมและการแจ้งให้ทราบ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
การผูกมัด (Physical Restraint) และการใช้ห้องแยก (Seclusion)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	HN AN	หอผู้ป่วย
------------------------	-------------------	-----------------

เขียนที่หน่วยงาน วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น. ชื่อแพทย์ผู้รักษา.....ชื่อผู้ให้ข้อมูล

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี ☐ บัตรประชาชน.....ในฐานะเป็น ☐ ผู้ป่วย

☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน โดยเกี่ยวข้องกับ ของผู้ป่วย

ภาษาที่ใช้สื่อสาร ☐ ไทย ☐ อื่น ๆ ระบุ ☐ ใช้ล่าม/ผู้ช่วยสื่อสาร ชื่อ

ข้อ 1 เหตุผลและความจำเป็น

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายว่าผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมดังต่อไปนี้ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการผูกมัดหรือใช้ห้องแยกเพื่อความปลอดภัย

☐ พฤติกรรมเสี่ยงทำร้ายตนเอง

☐ พฤติกรรมเสี่ยงทำร้ายผู้อื่น หรือก้าวร้าวรุนแรง

☐ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่อาจทำให้เกิดอันตรายร้ายแรง

☐ เสี่ยงต่อการถอดอุปกรณ์การรักษาที่จำเป็นต่อชีวิต (ท่อช่วยหายใจ สายน้ำเกลือ สายสวนต่าง ๆ)

☐ อาการสับสน เพ้อ ประสาทหลอน ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

☐ อื่น ๆ ระบุ

ข้อ 2 วิธีการที่จะดำเนินการ และระยะเวลา

☐ การผูกมัดด้วยอุปกรณ์ บริเวณ จำนวน ☐ 1 จุด ☐ 2 จุด ☐ 4 จุด ☐ 5 จุด ☐ 6 จุด ☐ อื่น ๆ

☐ การจับยึดด้วยมือของบุคลากรเพื่อควบคุมพฤติกรรมชั่วคราว

☐ การใช้ห้องแยก (Seclusion)

☐ การให้ยาเพื่อควบคุมพฤติกรรม ระบุ

ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ เดือนไปที่จะยุติ

ข้อ 3 ทางเลือกที่ได้ดำเนินการแล้วก่อนตัดสินใจ

☐ พุดคุยปรับการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล อย่างสม่ำเสมอ ☐ ปรับหรือลดสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ย้ายผู้ป่วยไปจุดที่เฝ้าระวังได้ง่าย

☐ ให้ญาติหรือผู้ที่ผู้ป่วยไว้วางใจอยู่เป็นเพื่อน

☐ เบี่ยงเบนความสนใจด้วยกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยและความสนใจของผู้ป่วย

☐ จัดตำแหน่งสายและท่อให้พ้นสายตาและพ้นมือผู้ป่วย หรือถอดออกเมื่อหมดความจำเป็น

☐ ตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่อาจเป็นสาเหตุ เช่น ความหิว ความกระหาย การปวดปัสสาวะ ความเจ็บปวด ความหนาวหรือร้อน

☐ เพิ่มการเฝ้าระวังแบบใกล้ชิดหรือจัดผู้ดูแลเฉพาะราย

ข้อ 4 ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับการอธิบาย

☐ ผลกดทับ ☐ ผิวหนังถลอกเป็นแผล ☐ การขาดเลือดของแขนขา ☐ การบาดเจ็บของเส้นประสาท ☐ ท้องผูก ☐ ปัสสาวะคั่งค้าง ☐ การหายใจลำบาก ☐ ล้มเลือดตกตันในหลอดเลือดดำ ☐ ข้อติดแข็ง ☐ ผลกระทบทางจิตใจ ☐ อื่นๆ.....

ข้อ 5 สิทธิที่ได้รับการอธิบาย

- ☐ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอดวัย และมีศักดิ์ศรี ตลอดระยะเวลาที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
- ☐ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเป็นระยะ และจะได้รับการยุติทันทีเมื่อหมดความจำเป็น โดยไม่ต้องรอกำหนดเวลา
- ☐ ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนมีสิทธิปฏิเสธ หรือถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่กรณีที่มีอันตรายใกล้จะเกิดขึ้นซึ่งกฎหมายให้อำนาจดำเนินการได้
- ☐ ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิได้รับสำเนาเอกสารฉบับนี้ สิทธิเรียกร้องความเป็นธรรมจากการผูกมัดโดยไม่กระทบต่อการรักษาที่จะได้รับ

ข้อ 6 การตัดสินใจ

- ☐ ส่วนที่ 1 — ยินยอม: ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามที่ได้รับคำอธิบายข้างต้น
- ☐ ส่วนที่ 2 — กรณีฉุกเฉิน: ได้ดำเนินการไปก่อนแล้วเมื่อวันที่ เวลา น. เนื่องจากมีอันตรายที่ใกล้จะเกิดขึ้น และข้าพเจ้ามาลงนามรับทราบภายหลัง (ต้องไม่เกิน 24 ชั่วโมง)
- ☐ ส่วนที่ 3 — ไม่ยินยอม: ข้าพเจ้าไม่ยินยอม เหตุผล และรับทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแล้ว
- ☐ ส่วนที่ 4 — ทบทวนเมื่อครบ 24 ชั่วโมง: ได้รับข้อมูลความคืบหน้าและยืนยันความยินยอมต่อ เมื่อวันที่ เวลา น.
กรณีติดต่อกฎาติไม่ได้ ได้พยายามติดต่อเมื่อ วันที่/เวลา ช่องทาง ผลการติดต่อ

ลงนาม

(.....)

☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน
วันที่ เวลา น.

ลงนาม

(.....)

ผู้ให้ข้อมูล ☐ แพทย์ ☐ พยาบาลวิชาชีพ
วันที่ เวลา น.

ลงนาม

(.....)

พยานฝ่ายผู้ป่วย เกี่ยวข้องเป็น

ลงนาม

(.....)

พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่ ตำแหน่ง

หมายเหตุ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย ตามลำดับ

- ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
- ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนไร้ความสามารถ หรือผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ
- คู่สมรสตามกฎหมาย บิดามารดา บุตรหรือบุตรบุญธรรม พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันหรือร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา หรือหลาน
- ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีผู้มีอำนาจกระทำการแทน และอยู่ในภาวะที่ต้องดำเนินการโดยด่วนเพื่อป้องกันอันตราย แพทย์สามารถดำเนินการได้ตามความจำเป็น โดยบันทึกเหตุผลไว้ในเวชระเบียนและแจ้งให้ญาติทราบโดยเร็วที่สุด (ทั้งนี้แพทย์มิได้เป็นผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย)