

หนังสือแสดงความยินยอมในการรับการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

โรงพยาบาลสนาม ณ .....

ที่สถานี / โรงพยาบาล.....

วันที่ .....เดือน..... พ.ศ. ....

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ..... ปี เลขที่ภายนอก (HN).....

เลขที่ภายนอก (AN) .....เข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อ วันที่ .....เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ข้าพเจ้า (ผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจกระทำแทน)..... อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน..... มีความสัมพันธ์เป็น.....

ของ ต.ช./ต.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูล และรับฟังคำอธิบายจากผู้ให้การรักษา รวมถึงความเสี่ยง ผลข้างเคียง และ/หรือผลที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลัง จนเป็นที่กระจงขัดแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ของสถานี/ โรงพยาบาล และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการคุ้มครองและรักษา ตรวจ วินิจฉัย ทั้งนี้ตามดุลยพินิจของบุคลากรทางการแพทย์ ข้าพเจ้าเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องรับการตรวจวินิจฉัย รักษา

ในการนี้ที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการดูแลรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลส่วนตัวด้านภาวะสุขภาพที่อาจมีผลต่อการดูแลรักษาแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาวะตั้งครรภ์ โรคประจำตัว เป็นต้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเก็บสารคัดหลั่ง เสมหะ เสื้อด กเพื่อบรยโภนในการตรวจรักษา และเพื่อการศึกษาในครั้งถัดไป

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอม เพื่อรับการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ณ โรงพยาบาลสนาม โดยความสมควรใจไว้ ณ ที่นี่

ทั้งนี้หากมีการนำข้อมูลของข้าพเจ้าไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยในอนาคต

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้ป่วย /  ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย

แพทย์

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน

พยาน