



ติดสติ๊กเกอร์  
ชื่อ-สกุลผู้ป่วย

หนังสือแสดงความยินยอมฉีดยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ทางหลอดเลือดดำ  
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน เครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองสกลนคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำเป็นการรักษามาตรฐานที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย โดยมีโอกาสที่จะใช้ยาภายใน 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนถึงเริ่มให้ยาจึงขอชี้แจงประโยชน์ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ดังนี้

**ประโยชน์ที่ได้รับ** จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด 31-50 % จะมีอาการดีขึ้น ภายหลังจากได้รับยา 24 ชั่วโมง และมีอาการเกือบเป็นปกติที่ 3 เดือนหลังได้รับยา เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ให้ ยาจะมีอาการดีขึ้นหลัง 24 ชั่วโมง หรือมีอาการเกือบปกติที่ 3 เดือน เพียงแค่ 20-30%

**ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น** จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะเลือดออกในสมองได้ 6.4% รวมถึงภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะเลือดออกที่ร่างกายส่วนอื่น ๆ การแพ้ยา แต่อย่างไรก็ตาม การคัดเลือกภาวะผู้ป่วยที่เหมาะสมก็จะสามารถช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/นางสาว..... ได้อ่านและ  
ตรวจสอบดูโดยละเอียดถี่ถ้วนแล้ว

**ขอยินยอมให้ฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ** หากมีเหตุสุดวิสัยอันเกิดจาก ภาวะแทรกซ้อน ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นการผิดของแพทย์ผู้รักษา และจะไม่เรียกร้องหรือฟ้องร้อง ดำเนินคดีกับบุคลากรและส่วนราชการต้นสังกัดของโรงพยาบาลสกลนคร แต่อย่างไร

**ไม่ยินยอมให้ฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ**  
พร้อมกันนี้ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญ



นพ. กิตติพิศ

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย  
(.....)

หรือ ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม  
(.....)

มีความเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย\*\*

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....