

หนังสือแสดงความยินยอมขอรับการตรวจและรักษาทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์

งานเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ศูนย์มะเร็งรังสีขนาดใหญ่-นาหม่อม

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวผู้ป่วย.....

ข้าพเจ้าในฐานะเป็น ผู้ป่วย

ผู้มีอำนาจกระทำการแทนในฐานะ.....ของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการตรวจและรักษาทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ รวมทั้งแนวทางป้องกันแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น และทางเลือกอื่น ๆ

ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจรับการตรวจและรักษาทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ดังนี้

.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ป่วย/ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

แพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ

พยานผู้ป่วย

ลงชื่อ.....

เป็นกรณี: ผู้ป่วยมาคนเดียว

ญาติมาคนเดียว

พยานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.