โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
หนังสือแสดงความยินยอมให้ทำการผูกยึด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ .....ปี ( ) บัตรประชาชน ( ) บัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) บัตรพนักงานของรัฐ เลขที่..... สังกัด..... ในฐานะเป็น ( ) ผู้ป่วย ( ) ผู้กระทำการแทนโดยเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย ผู้ป่วยชื่อ.....HN.....AN.....หอผู้ป่วย.....

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายรายละเอียดจากเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับเหตุผล ความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการผูกยึด ได้แก่ แผลกดทับ ผิวหนังถลอกเป็นแผล ท้องผูก ปัสสาวะคั่งค้าง การหายใจลำบาก การบาดเจ็บจากการขาดเลือด การบาดเจ็บของเส้นประสาท เป็นต้น

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กระทำการผูกยึดเพื่อการรักษาในครั้งนี้

ลงชื่อ..... **ผู้ให้ข้อมูล** (แพทย์/พยาบาล)
(.....)

ลงชื่อ..... **(ผู้ป่วย)** หรือใช้ลายนิ้วมือ นิ้ว.....ข้าง.....
(.....) ( ) มาคนเดียว

ลงชื่อ..... **ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย**
(.....)

ลงชื่อ..... **พยานฝ่ายผู้ป่วย**
(.....) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ.....

ลงชื่อ..... **พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่**
(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ ..... เวลา ..... ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

หมายเหตุ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน หมายถึง

1. บิดามารดา หรือสามี/ภรรยาตามกฎหมาย บุตร/บุตรบุญธรรม พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน หรือพี่น้องร่วมเฉพาะบิดา/มารดาเดียวกัน หรือ เทียด ทวด ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา หรือ หลาน เหลน ลื่อ ลืบ ลืด
2. ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
3. ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนไร้ความสามารถ / ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ
4. แพทย์ กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ และไม่มีผู้มีอำนาจกระทำการแทน แต่อยู่ในสภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการดูแลรักษาโดยด่วน