

หนังสือแสดงความยินยอมรับความเสี่ยงในการรับอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต

โรงพยาบาล.....

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

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).....อายุ.....ปี

ในฐานะ ผู้ป่วย ผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วย เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

หนังสือเดินทาง เลขที่.....

อื่น ๆ ได้แก่.....

มีความประสงค์ขอรับอวัยวะ.....โดยผ่านการจัดสรรจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

ซึ่งผู้บริจาคอวัยวะหรืออวัยวะมีภาวะเสี่ยงได้แก่

การติดเชื้อ.....

มะเร็ง.....

อวัยวะทำงานไม่สมบูรณ์.....

อวัยวะขาดเลือดนาน.....

ลักษณะทางกายวิภาคของอวัยวะผิดปกติ.....

อื่นๆ (ระบุ).....

โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบาย ชักถาม ได้รับคำตอบจาก นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

จนเป็นที่พอใจและทราบถึงผลของการรับอวัยวะจากผู้บริจาคที่มีภาวะดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้ายินยอม

รับการปลูกถ่ายอวัยวะและรับทราบถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษา ภาวะ

ค่าใช้จ่าย หรืออาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

ลงนาม.....

(ผู้ป่วย / ผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วย*)

ลงนาม..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (.....)

(พยานญาติผู้ป่วย)

ลงนาม.....(พยาน)

(.....)

*หมายเหตุ กรุณาระบุเหตุผลที่ผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วยลงนามแทน

ด้วยสาเหตุ.....