

# ใบยินยอมการรักษาด้วย IV Therapy / Vitamin Infusion

ใบยินยอมอย่างขงาญดลาดสำหรับการให้วิตามินทางเส้นเลือด การบำรุงน้ำ และการให้สารอาหารทางเส้นเลือด

## ข้อมูลผู้รับบริการ

ชื่อ \*

นามสกุล \*

ที่อยู่อีเมล \*

เบอร์โทรศัพท์ \*

วันเกิด \*

DD / MM / YYYY

## รายละเอียดการให้สารสำหรับกลศ

การให้สารที่ร้องขอ \*

- |                                                                               |                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> การบำรุงน้ำ (Normal Saline / Lactated Ringer's)      | <input type="checkbox"/> การให้วิตามิน C ทางเส้นเลือด         |
| <input type="checkbox"/> Myers' Cocktail (วิตามิน B, C, แมกนีเซียม, แคลเซียม) | <input type="checkbox"/> การให้ NAD+ ทางเส้นเลือด             |
| <input type="checkbox"/> กลูตาไธโอน (ทำให้ผิวสว่างขึ้น)                       | <input type="checkbox"/> Immune Boost (ซิงก์, วิตามิน C, B12) |
| <input type="checkbox"/> Athletic Recovery                                    | <input type="checkbox"/> Hangover Recovery                    |
| <input type="checkbox"/> ผสมแบบกำหนดเอง                                       |                                                               |

Add-Ons (หากมี)

- |                                                  |                                  |                                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> B12 Injection           | <input type="checkbox"/> ไบโอติน | <input type="checkbox"/> Zofran (ยาป้องกันอาเจียน) |
| <input type="checkbox"/> Toradol (ยาลดการอักเสบ) | <input type="checkbox"/> ไม่มี   |                                                    |

## การคัดกรองสุขภาพ

คุณกำลังตั้งครรภ์หรือให้นมลูกหรือไม่? \*

- ☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีโรคไต หรือคุณได้รับการรักษาด้วยการล้างเลือด (dialysis) หรือไม่? \*

- ☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) หรือไม่? \*

- ☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีอาการแพ้ต่อวิตามิน สารเสริม หรือสารทึบแสง IV หรือไม่? \*

- ☐ ใช่ ☐ ไม่

หากใช่ โปรดอธิบาย

คุณมีอาการใดต่อไปนี้หรือไม่?

- ☐ โรคเบาหวาน
 ☐ ความดันโลหิตสูง
- ☐ G6PD Deficiency
 ☐ Hemochromatosis (ความเป็นพิษจากเหล็ก)
- ☐ ไม่มีข้างต้น

## ความเสี่ยงและข้อมูล

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วย IV Therapy:

- เจ็บปวด หรือบวมที่จุดฉีด IV
- Infiltration (น้ำรั่วไหลเข้าเนื้อเยื่อโดยรอบ)
- Phlebitis (การอักเสบของหลอดเลือดดำ)
- ปฏิกิริยาแพ้ต่อส่วนประกอบในสารให้คำสั่ง
- ติดเชื้อที่จุดฉีด (หายากมาก)
- Air embolism (ขณะที่หายากมากที่สุด)
- ความเป็นพิษจากน้ำในบุคคลที่มีความเสี่ยง
- ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์
- ศีรษะเวียนหรืออาเจียนระหว่างการให้สาร

สำคัญ: IV therapy ไม่ใช้การแทนที่การรักษาทางการแพทย์ ผลลัพธ์แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

ฉันได้รับการแจ้งเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษาด้วย IV therapy ฉันเข้าใจว่านี่เป็นบริการสุขภาพทั่วไปที่เลือกได้

ฉันเข้าใจความเสี่ยงของการรักษาด้วย IV therapy: \_\_\_\_\_

## บันทึกบริการ

สำหรับการใช้งานในสำนักงานเท่านั้น

|          | วันที่ | ส่วนประกอบ | ปริมาณ | อัตรา |
|----------|--------|------------|--------|-------|
| รายการ 1 |        |            |        |       |
| รายการ 2 |        |            |        |       |
| รายการ 3 |        |            |        |       |
| รายการ 4 |        |            |        |       |
| รายการ 5 |        |            |        |       |
| รายการ 6 |        |            |        |       |

## ความยินยอมและลายเซ็น

ฉันให้ความยินยอมในการรักษาด้วย IV therapy ตามรายละเอียดข้างต้น ฉันได้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และเข้าใจความเสี่ยงและประโยชน์ ฉันเข้าใจว่านี่เป็นบริการสุขภาพทั่วไปที่เลือกได้ และไม่ใช้การแทนที่การรักษาทางการแพทย์

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น และให้ความยินยอมอย่างชาญฉลาด

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น: \_\_\_\_\_

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ \*

DD / MM / YYYY

### แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รงเตือนข้อห้าม และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แอปฟรีใช้ได้ที่ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน  
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ