

หนังสือยินยอมรับการรักษาผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกล

เขียนที่ โรงพยาบาลสิริเวช จันทบุรี

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

ชื่อ-นามสกุล : อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง.....

ที่อยู่ปัจจุบัน :

เบอร์ติดต่อ.....

ข้อมูลเบื้องต้น

การรักษาผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้บริการทางการแพทย์ผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลจากการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการส่งข้อมูลภาพและเสียง โดยที่ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการไม่ได้อยู่ในสถานที่เดียวกัน ผู้รับบริการสามารถได้รับการรักษาพยาบาลได้โดยไม่ต้องเดินทางมายังสถานพยาบาลและยังเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางเพื่อมารับบริการ

มาตรการรักษาความปลอดภัยของระบบอิเล็กทรอนิกส์และเครือข่ายจะถูกนำมาใช้เพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ป่วย ทั้งข้อมูลส่วนตัว ภาพและเสียง รวมไปถึงกระบวนการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลการรักษา เพื่อเป็นการการเฝ้าระวังการนำข้อมูล ไปใช้ในทางที่ผิดทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการการักษาพยาบาลโดยเฉพาะผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางมารับบริการที่สถานพยาบาล
- เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขโดยการปรับรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ COVID-19 และการเปลี่ยนแปลงสู่สภาวะ New Normal

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

อาจมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับการรักษาพยาบาลผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลได้เช่นเดียวกับการให้บริการทางการแพทย์อื่นๆและจากการที่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการไม่ได้อยู่ในสถานที่เดียวกัน ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นประกอบด้วยความเสี่ยงดังต่อไปนี้ และอาจมีความเสี่ยงทั่วไปอื่นๆที่ไม่ได้กล่าวถึงอีกด้วย

- ข้อมูลที่ส่งต่ออาจไม่เพียงพอ (เช่น คุณภาพของภาพและเสียง) ที่จะสามารถให้การตัดสินใจในการรักษาทางการแพทย์โดยแพทย์หรือผู้ให้คำปรึกษา แต่กรณีดังกล่าวเกิดขึ้นได้ไม่น้อย
- อาจเกิดความล่าช้าหรือไม่สามารถให้บริการในการประเมินและการรักษาจากการชำรุดหรือบกพร่องของสัญญาณอินเทอร์เน็ต โปรแกรมคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์เครื่องมือ
- ระบบการรักษาข้อมูลอาจจะบกพร่องทำให้ส่งผลกระทบต่อการรักษาความลับของข้อมูลทางการแพทย์ ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อย

- การที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาล อาจทำให้ได้รับข้อมูลทางการแพทย์ไม่ครบถ้วนและเข้าไม่ถึงเวชระเบียนที่สมบูรณ์ อาจส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การแพ้ยา หรือความผิดพลาดในการตัดสินใจในการรักษา ซึ่งกรณีดังกล่าวมีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อย

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา

จากการที่ข้าพเจ้าลงนามยินยอมรับการรักษา ข้าพเจ้าเข้าใจและจะปฏิบัติตามข้อความดังต่อไปนี้ :

1. ข้าพเจ้าเข้าใจว่ากฎหมายที่คุ้มครองเรื่องสิทธิส่วนบุคคลและการรักษาความลับของข้อมูลทางการแพทย์ได้ถูกใช้ในการรับการรักษาผ่านระบบการประชุมทางไกล ข้อมูลที่ได้จากการรักษาดังกล่าวจะไม่ถูกเปิดเผยต่อผู้ทำการวิจัยหรือนุคคลอื่นถ้าไม่ได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้า
2. ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะหยุดหรือเพิกถอนการให้ความยินยอมรับการรักษาพยาบาลผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในอนาคต
3. ผู้ให้บริการมีสิทธิที่จะหยุดหรือเพิกถอนการให้บริการการรับการรักษาพยาบาลผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในอนาคต
4. ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าสามารถตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการรับการรักษาพยาบาลผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลและอาจขอสำเนาข้อมูลดังกล่าวได้
5. ข้าพเจ้าเข้าใจว่ามีทางเลือกอื่นๆ อีกในการรับบริการรักษาพยาบาล และข้าพเจ้าสามารถเลือกรับบริการได้มากกว่า 1 อย่างในช่วงเวลาใดก็ได้
6. ข้าพเจ้าเข้าใจว่าเป็นหน้าที่ของข้าพเจ้าที่จะต้องแจ้งแพทย์เกี่ยวกับการรับบริการทางสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสุขภาพของข้าพเจ้า
7. ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าสามารถคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับจากการใช้ระบบการรักษาพยาบาลผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกล แต่ไม่สามารถรับประกันหรือรับรองผลจากการรักษาได้
8. ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการรักษาผ่านระบบการประชุมทางไกล เป็นการติดต่อสื่อสารผ่านระบบการประชุมทางไกล ผู้ให้บริการไม่ได้อยู่ในห้องตรวจหรือในสถานที่ที่ผู้รับบริการรับบริการอยู่
9. ข้าพเจ้าจะไม่บันทึกข้อมูลภาพ-เสียงการให้บริการผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกล เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ให้บริการ และทางผู้ให้บริการก็จะไม่บันทึกข้อมูลภาพ-เสียงการให้บริการผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกล เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้าเช่นกัน
10. ข้าพเจ้าจะต้องแจ้งกับผู้ให้บริการ กรณีที่มีบุคคลที่สามารถอยู่ด้วยระหว่างการให้บริการผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกล และทางผู้ให้บริการก็จะแจ้งข้าพเจ้าในกรณีที่บุคคลที่สามารถอยู่ด้วยขณะให้บริการเช่นกัน
11. ข้าพเจ้าเข้าใจว่าจะไม่สามารถรับการรักษาพยาบาลผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลได้ในกรณีที่เพิ่งมารับการรักษาพยาบาลครั้งแรก ยกเว้นในกรณีพิเศษบางกรณี เช่น กรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องรับการรักษาผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกล
12. ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบดูแลอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการส่งข้อมูลภาพและเสียงข้อมูลการรับบริการที่ถูกเก็บไว้ในอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ส่วนตัวของข้าพเจ้าเอง
13. ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบในข้อมูลส่วนตัวของตัวข้าพเจ้าที่ใช้การรับบริการและหาสถานที่ที่เหมาะสมในการรับบริการรักษาพยาบาลผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลเพื่อเป็นการรักษาความลับของตัวข้าพเจ้าเอง

ผู้ป่วยให้ความยินยอมรับการรักษายาบาลผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อมูลข้างต้นเกี่ยวกับการรักษายาบาลผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ได้ปรึกษาหารือกับผู้ให้บริการและได้รับการตอบคำถามจนเป็นที่พอใจแล้ว ข้าพเจ้าจึงได้ให้ความยินยอมในการรับการรักษายาบาลผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกล

❖ ลงชื่อผู้ให้คำอธิบาย

.....

(.....)

ตำแหน่ง

❖ ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม

.....

(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

❖ ลงชื่อพยานฝ่ายโรงพยาบาล

.....

(.....)

ตำแหน่ง

❖ ลงชื่อพยานฝ่ายผู้ป่วย

.....

(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

หมายเหตุ

- 6.1 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ แต่สามารถรับรู้และเข้าใจคำอธิบาย ให้ใช้ลายพิมพ์นิ้วมือ
- 6.2 หากผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ เข้าใจ ในเรื่องที่ทำกรักษา ให้ผู้ที่สามารถลงลายมือชื่อแทนดังนี้
 - 2.1 หากเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 20 ปี (ยกเว้นกรณีที่สมรสและมีอายุมากกว่า 17 ปีบริบูรณ์) ควรเป็นบิดาหรือมารดา
 - 2.2 หากเป็นผู้สูงอายุ ควรเป็นบุตร
 - 2.3 หากเป็นคู่สามีภรรยา ควรเป็นคู่สามีหรือภรรยา