

ชื่อสถานพยาบาล

แบบบันทึกเพื่อการยุติการตั้งครรภ์

ตามพรบ. แก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28)

และข้อบังคับแพทยสภาตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2564 (เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานที่สถานบริการ)

➤ จงเติมคำหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริง ข้อมูลนี้จะมีผลต่อการพิจารณาในการรักษา และจะเก็บเป็นความลับ

ชื่อ-สกุล (ผู้ตั้งครรภ์ไม่พร้อม)อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน / HN (กรณีต่างดาว)

อายุครรภ์(สัปดาห์) LMP U/S ตรวจภายใน G ...P ...A ... Alive เคยทำแท้ง

การคุมกำเนิด กินยาคุม ฉีดยาคุม ผังยา ทำหมัน ใส่ห่วงคุมกำเนิดอยู่ อื่นๆ(ระบุ).....

ประวัติสุขภาพ อดีต : ไม่มี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคอื่นๆ (ระบุ).....

เคยผ่าตัดทางสูตินรีเวช C/S myomectomy (ผ่าตัดที่ตัวมดลูก) ท้องนอกมดลูก อื่นๆ (ระบุ).....

ปัจจุบัน : โรคทางอายุรศาสตร์ ระบุ(thyroid, SLE, หืด, ไต) โรคหัวใจ ระบุ

โรคเลือด/ หรือโรคที่ทำให้เลือดหยุดยาก โรคอื่น ระบุ

ยาที่ใช้อยู่: ระบุ (เช่น ยาที่มีผลการแข็งตัวของเลือด เช่น aspirin, warfarin)

ประวัติการแพ้ยา ระบุ

ข้อห้ามในการใช้ยายุติการตั้งครรภ์ ไม่มี มี มีประวัติแพ้ยา Mifepristone/Misoprostol Inherited Porphyria

โรคไตเรื้อรัง ท้องนอกมดลูก

ข้อพึงระวังในการใช้ยา ไม่มี มี ระบุ..... ใช้ยา corticosteroid มานาน โรคหืด โรคหัวใจ โรคไต

ภาวะโลหิตจางรุนแรง ความดันโลหิตสูง มีห้วงอนามัยในมดลูก มีแผลเป็นที่มดลูก

การตั้งครรภ์ครั้งนี้ เคยพยายามทำแท้งมาก่อน: ไม่มี มี.....(วิธีการ.....)

ได้รับคำปรึกษา/ส่งตัวมาจาก

ระบุเหตุผลของหญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ (แพทย์สรุป) ปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาสุขภาพจิต ทารกพิการ

ความผิดทางเพศ ต้องการยุติฯ อื่นๆ (ระบุ).....

T..... P..... R..... BP..... มี/ไม่มี ซีด มี/ไม่มี เหลือง อื่นๆ ระบุ

Heart ปกติ ถ้าผิดปกติ ระบุ Lungs ปกติ ถ้าผิดปกติ ระบุ

Abdomen ปกติ ผิดปกติ.....คลำพบ(ยอดมดลูก หรือก้อน) แผลผ่าตัดเก่า ไม่มี มี (ระบุ).....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี) (ระบุความผิดปกติ).....

เลือกช่องที่ตรงกับ มาตรา 305

อนุ 1 สุขภาพหญิง สุขภาพทางกาย ระบุโรค

สุขภาพทางจิต ผลตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q.....คะแนน (โรคซึมเศร้าระดับรุนแรง มีคะแนน > 19 คะแนน)

อนุ 2 ทารกเสี่ยงอย่างมากที่จะมีความผิดปกติถึงขนาดที่พหุผลพลาอย่างร้ายแรง ระบุความผิดปกติ

อนุ 3 การกระทำความผิดเกี่ยวกับเพศ: ให้บันทึกหลักฐานเบื้องต้น/หรือข้อเท็จจริงประกอบ เช่น วันที่เกิดเหตุ

อนุ 4 อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์

อนุ 5 อายุครรภ์เกินสิบสองสัปดาห์ แต่ไม่เกินยี่สิบสัปดาห์

แพทย์คนที่สองที่เห็นชอบ กรณี อนุ1-สุขภาพทางจิต หรือ อนุ2 ชื่อ.....

หลังการ Counseling แล้วหญิงเลือกยุติการตั้งครรภ์โดย

ใช้ยา Mifepristone & Misoprostol, หรือ Medabon ใช้ยา Misoprostol MVA, EVA อื่นๆ (ระบุ).....

การคุมกำเนิดที่ให้.....

การติดตามผลการรักษา

แท้งครบ แท้งไม่ครบ ภาวะแทรกซ้อนอื่น ไม่มี มี (ระบุ).....

ชื่อ/ ลงนามแพทย์ผู้ให้บริการ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ระบุ (ว.ด.ป.).....

ข้อมูลการปรึกษาแนะนำก่อนยุติการตั้งครรภ์

- 1) กระบวนการแท้งด้วยการใช้ยาจะคล้ายกับการแท้งโดยธรรมชาติ
- 2) การใช้ยาจะมี 2 แบบ คือยารวมมีฟิรอสโตนและไมโซพรอสตอล หรือยาเดี่ยวไมโซพรอสตอล ขอให้ปฏิบัติตามวิธีการใช้ยา วัน เวลา ที่กำหนดให้ รวมทั้งวิธีการดูแลตนเอง จะเกิดการแท้งสมบูรณ์ 96-98% การทำในอายุครรภ์ที่น้อยและเร็วจะพบว่าช่วยให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น
- 3) มี 1% ที่จะเกิดการแท้งหลังได้รับยาตัวแรก-ยามิฟิรอสโตน แต่ให้ใช้ยาตัวที่สองไมโซพรอสตอลด้วย เพื่อให้มีการแท้งที่สมบูรณ์
- 4) มีโอกาสเกิดการตกเลือด เมื่อใช้ยาแล้วไม่แท้งและตั้งครรถ่อ
- 5) คุณต้องเตรียมหาคนดูแลขณะใช้ยายุติการตั้งครรภ์
- 6) การใช้ยาอาจมีผลข้างเคียง/มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ตกเลือด แท้งไม่ครบ ติดเชื้อ และอาจต้องปรึกษา/รักษา โดยพยาบาล/แพทย์ เพิ่มเติม
- 7) กรณีการยุติโดยการดูดโพรงมดลูกอาจมีเลือดออกทางช่องคลอดได้นานถึง 2 สัปดาห์
- 8) กรณีการยุติโดยใช้ยาอาจมีเลือดออกทางช่องคลอดได้นานถึง 7-14 วัน
- 9) อาจมีเลือดออกมากผิดปกติ ซึ่งประเมินได้จากการใช้ผ้าอนามัย 2 แผ่นใหญ่หรือมากกว่าต่อชั่วโมง ติดต่อกันนาน 2 ชั่วโมง จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือต้องให้เลือดจากการเสียเลือดมาก พบได้ประมาณ 1 ใน 1,000
- 10) คุณต้องสามารถไปถึงโรงพยาบาลที่คุณหาข้อมูลไว้ให้เร็วที่สุดกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง
- 11) กรณีที่มีการปวดท้องน้อยแบบปวดเกร็งเพิ่มมากขึ้น มีไข้ หรือมีเลือดออกทางช่องคลอดมากและรุนแรง ให้กลับมาพบแพทย์
- 12) มาติดตามผลหลังยุติการตั้งครรภ์ภายใน 1-2 สัปดาห์

ใบยินยอมรับการยุติการตั้งครรภ์

ข้าพเจ้า ด.ญ./นางสาว/นาง (ชื่อ-สกุล).....เบอร์โทรศัพท์.....

สมัครใจที่จะรับบริการยุติการตั้งครรภ์ ได้ทราบข้อมูลและทำความเข้าใจ กระบวนการ วิธีการยุติการตั้งครรภ์ ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นแล้ว และได้สอบถามพร้อมทั้งได้รับคำอธิบายจากผู้ให้บริการ เป็นที่พอใจแล้ว

ยินยอมยุติการตั้งครรภ์ด้วย ยา เครื่องดูดสุญญากาศ อื่น ๆ ระบุ

ลงนามผู้รับบริการ.....

กรณีที่ผู้รับบริการอายุต่ำกว่า 15 ปี อาจได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครองดูแลด้วยก็ได้

ลงนาม..... ผู้แทนโดยชอบธรรม/หรือผู้ปกครองดูแล

ลงนาม พยาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงนามแพทย์ผู้ยุติการตั้งครรภ์.....ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

รพ. / คลินิก.....จังหวัด.....

(ส่วนนี้ใช้) เฉพาะกรณีความผิดเกี่ยวกับเพศ

ข้าพเจ้าประสงค์ที่จะยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากการกระทำความผิดทางเพศจริง ตามข้อเท็จจริงที่ให้กับแพทย์

ลงนาม ด.ญ./ นางสาว /นาง (ชื่อ-สกุล)

พยาน

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

CONFIDENTIAL