



แบบฟอร์มการตรวจก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าOPD

ส่วนที่ 1 แพทย์ ( ต่อ )

การตรวจร่างกาย ( / = มี )

การตรวจร่างกาย

GA :

HEENT :

HEART :

CHEST :

Abdomen :

Extremities :

Neuro :

บันทึกเพิ่มเติมการตรวจร่างกาย

Conscious : .....

Orientation : .....to time , .....to place, .....to person

Memory : recall is....., remote is.....

Lung : .....

Heart : .....

Muscle : pain  ระบุบริเวณ.....

Bone : fracture  ระบุบริเวณ.....

มีความผิดปกติอย่างอื่น  ระบุ.....

Neurology : impaired sensory  ระบุบริเวณ.....

: muscle power.....

แพทย์ผู้ตรวจ..... วันที่.....



แบบฟอร์มยินยอมเข้ารับการรักษาอาการทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า  
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว \_\_\_\_\_ (แพทย์หรือพยาบาล)

แนะนำ \_\_\_\_\_ (ญาติ/ผู้ป่วย) ให้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากการรักษาอาการทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าได้เริ่มใช้มาตั้งแต่ปี.ศ. 2481 และประสบความสำเร็จและให้ผลที่น่าพึงพอใจ ในการรักษาเป็นอย่างดีมาตลอด

โดยมีข้อบ่งชี้ในการรักษา ดังนี้ มีความจำเป็นทางคลินิกเร่งด่วนที่ต้องการการตอบสนองที่รวดเร็ว เช่น มีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น มีประวัติการตอบสนองที่ดีต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าหรือมีการตอบสนองที่ไม่ดีต่อการรักษาอย่างอื่น ไม่สามารถทนผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาได้ ต้องการทางเลือกในการรักษาเพื่อผลการรักษาที่ดีขึ้น

การรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก จะให้การรักษาระหว่างเวลา 08.00-12.00 น. โดยการรักษาจะดำเนินการในห้องที่มีเครื่องมือทางการแพทย์ครบครัน ทีมผู้รักษา ประกอบด้วย จิตแพทย์ วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีประสบการณ์ในการรักษาอาการทางจิตเวชด้วยไฟฟ้ามานาน พร้อมทั้งพนักงานช่วยเหลือคนไข้เพื่อให้การดูแลการรักษาและเฝ้าระวังความปลอดภัยของท่าน/ผู้ป่วย อย่างครบวงจร

การรักษาจะดำเนินการโดยให้ท่าน/ผู้ป่วยนอนราบบนเตียง หลังจากนั้นทีมผู้รักษาจะให้ยาเพื่อทำให้ท่าน/ผู้ป่วยหลับ ตามด้วยยาหย่อนกล้ามเนื้อ ก่อนให้กระแสไฟฟ้าขนาดอ่อนในปริมาณเล็กน้อยและเหมาะสมกับท่าน/ผู้ป่วย แต่ละรายผ่านเข้าสู่สมอง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการชักซึ่งใช้เวลาประมาณ 25-60 วินาที ช่วยให้การสื่อสารประสาทที่ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล

หลังจากการรักษาท่าน/ผู้ป่วย จะได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด จากทีมผู้รักษาจนกว่าท่าน/ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดีและสามารถดื่มน้ำรับประทานอาหารได้เป็นปกติ จึงส่งกลับตึกโดนอร์ดเช่นนี้

การรักษาจะกระทำทั้งหมด \_\_\_\_\_ ครั้ง ทุกวัน \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ สัปดาห์

การรักษาอาจมีความเสี่ยง แต่อย่างไรก็ตามท่าน/ผู้ป่วย จะได้รับการดูแลรักษาและป้องกันความเสี่ยง อย่างเต็มที่ ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการมึนงง (ซึ่งอาจเกิดขึ้นประมาณ 2-3 ชั่วโมง) อาการหลงลืม (ซึ่งอาจจะมีผลทำให้ความจำระยะสั้นเสียไป ได้แก่ อาการหลงลืมวัน เวลา ชื่อเพื่อนที่เพิ่งรู้จัก โดยอาการจะ หายไปในเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ แม้ว่าโอกาสเกิดน้อยหรือ อาจจะมีอาการเล็กน้อยเป็นแรมเดือน ความเสี่ยงที่ร้ายแรงที่สุดคืออาจทำให้เสียชีวิตได้แต่พบน้อยมากซึ่งความเป็นไปได้เท่ากับการคลอดลูกปกติ

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว \_\_\_\_\_ ได้อ่านหรือฟัง

และเข้าใจรายละเอียดรวมทั้งผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้หลังจากการรักษาอาการทางจิตด้วย ไฟฟ้าอย่างถี่ถ้วน โดยมี นาย/นาง/นางสาว \_\_\_\_\_

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ ให้คำอธิบายและแนะนำอย่างใกล้ชิด

ลงนามผู้ป่วย \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

หรือลงนามญาติ \_\_\_\_\_ ผู้ให้ความยินยอมแทนซึ่งสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะที่เป็น \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

พยานฝ่ายผู้ป่วย \_\_\_\_\_ พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่ \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ตำแหน่ง \_\_\_\_\_





**Galya Rajanagarindra Institute**  
**Consent for Electroconvulsive Therapy (ECT)**

I, \_\_\_\_\_, (M.D, Registered Nurse) have recommended an Electroconvulsive Therapy (ECT) for \_\_\_\_\_ (patient/relative) because of the patient's current mental symptoms. A large number of mentally disordered patients have undergone the ECT since 1938, showing understanding improvements in their clinical symptoms and a greater success in helping patients. The indications for this intervention are clinical urgency (such as harm to self or others), history of good response to the previous Electroconvulsive Therapy, poor response to other forms of treatments, psychiatric medication adverse effect intolerability and patient's preference to ECT.

The intervention is giving in the morning, during 08.00 AM - 12.00 PM, in a specially equipped treatment room. The patient will be carefully attended by nurses and a psychiatrist. The intervebtion is give under sedation. Momentary electric currents are passed through electrodes placed on the patient's scalp to stimulate the brain. A grand mal seizure and musclar contraction for up to 25-60 seconds follow. The intervention takes only a few minutes. the patient may experience some lightheadness, a headache and muscular soreness afterward. The patient can return to his / her room usually within a few hours. A breakfast will be delivered to the patient's room and the patient will be closed monitored by nurse the whole morning.

The Intervention is given every \_\_\_\_\_ for \_\_\_\_\_ times.

Although the intervention takes place in a room where special equipment and supplies for the patient's safety are provided, there could be some potential risks. Patients may become confused shortly after awake. However the confusion usually resolves within a few hours. Memories for recent events, mainly during the period of illness and the treatments, may be disturbed. Dates, friends' name, public events, telephone numbers, and addresses may be dfficult to recall. Usually this memory loss is fully recovered within four weeks after the last treatment and prolonged memory for months or years is very unlikely. Death is a very rare complication with no higher incidence than a death during a child delivery.

I, \_\_\_\_\_, have read this intervention description and have been verbally explained by \_\_\_\_\_ position \_\_\_\_\_

I am well aware of the ECT's risks and benefits and I agree to have the intervention.

Signature \_\_\_\_\_ (Patient)  
 ( \_\_\_\_\_ ) or

Signature \_\_\_\_\_ (on behalf of the patient)  
 ( \_\_\_\_\_ ) relationship to patient \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ (Witness)  
 ( \_\_\_\_\_ )

Date: \_\_\_\_\_



แบบบันทึกการตรวจสอบการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า OPD

Course ที่ ..... / Maintenance ..... สัปดาห์ จำนวน ..... ครั้ง

HN ..... AN ..... ชื่อ - สกุล ..... อายุ ..... หอผู้ป่วย .....

กิจกรรม	วันที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	ครั้งที่												
1. สระผม													
2. งดน้ำงดอาหารหลัง เวลา 24.00 น.													
3. ความสะอาดร่างกาย/ช่องปาก													
4. ฟันปลอม หรือดัดฟัน <input type="checkbox"/> มีระบุ..... ( ) ถอดได้ ( ) ถอดไม่ได้ <input type="checkbox"/> ไม่มี													
5. Contact lens/แว่นตา <input type="checkbox"/> มีระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี													
6. เครื่องประดับ <input type="checkbox"/> มีระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี													
7. สัญญาณชีพ (วัดครั้งที่ 1 ถ้ามีค่า ผิดปกติให้อนทนพักแล้ววัดซ้ำรายงานผล ให้แพทย์ทราบก่อนทำการรักษา)	T = P = R = BP =	T = P = R = BP =	T = P = R = BP =	T = P = R = BP =	T = P = R = BP =	T = P = R = BP =	T = P = R = BP =	T = P = R = BP =	T = P = R = BP =	T = P = R = BP =	T = P = R = BP =	T = P = R = BP =	
8. ปัสสาวะก่อนทำ													
9. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input type="checkbox"/> มีระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แพทย์ / อาหาร													
10. โรคทางกาย <input type="checkbox"/> มีระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี													
11. ความเครียดต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า (มาก/ปานกลาง/น้อย)													
12. มีแนวโน้มการปวดกล้ามเนื้อรุนแรง หรือกระดูกหัก (มี/ไม่มี)													
ผู้เตรียม													
ผู้ตรวจสอบ													

หมายเหตุ : หากมีความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที



แบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า OPD

HN ..... AN ..... ชื่อ - สกุล ..... อายุ .....

หอผู้ป่วย ..... น้ำหนัก ..... กก ส่วนสูง ..... ซม BMI .....

การวินิจฉัย .....

Course ที่ ..... / Maintenance ทุก ..... สัปดาห์ จำนวน ..... ครั้ง

ครั้ง	ว. ค.ป.	V/S	Thiopenthol (mg)	Succinyl choline (mg)	ระดับการชัก	ปริมาณไฟที่ใช้(%)	ระยะเวลาชักจาก EEG/motor(วินาที)	แพทย์	เวลา	หมายเหตุ/ แพทย์ประเมินอาการหลังการรักษา
		T = P= R= BP=								
		T = P= R= BP=								
		T = P= R= BP=								
		T = P= R= BP=								
		T = P= R= BP=								
		T = P= R= BP=								
		T = P= R= BP=								
		T = P= R= BP=								

การรักษาปัจจุบัน..ว/ค/ป .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

