

**แบบบันทึก เพื่อยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ (ทำแท้งเพื่อการรักษา)**

ตามกฎหมาย ม.305 และ ข้อบังคับแพทยสภา ปี 2548

(เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานที่สถานบริการ)

จงเติมคำ หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ ตามความเป็นจริง ข้อมูลนี้จะมีผลต่อการพิจารณาในการรักษา และจะเก็บเป็นความลับ

- ชื่อผู้ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ..... อายุ ..... ปี เลขที่บัตรประชาชน .....
- ผลการทำอัลตราซาวด์ล่าสุด เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... พบว่าตั้งครรภ์ได้ ..... สัปดาห์
- ใส่ห่วงอนามัยค้างอยู่หรือไม่ ..... เคยผ่าท้องคลอดหรือไม่ ..... มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ ..... คน
- มีโรคประจำตัวคือ ..... แพ้ยี่ห้อ .....
- คุณสามารถไปถึงโรงพยาบาลใกล้บ้านภายในเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมงได้ไหม □ ได้ □ ไม่ได้
- คุณหาคนอยู่ดูแลใกล้ชิด ขณะใช้ยายุติการตั้งครรภ์ ได้หรือไม่ □ หาได้ □ หาไม่ได้
- การใช้ยายุติการตั้งครรภ์ อาจมีผลข้างเคียง/แทรกซ้อนต่างๆ เช่น ไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ตกเลือด แท้งไม่ครบ ติดเชื้อฯ และอาจต้องปรึกษา/รักษาโดยพยาบาล/แพทย์เพิ่มเติม ซึ่งคุณ □ ยอมรับได้ □ ยอมรับไม่ได้
- หลังยุติการตั้งครรภ์สำเร็จแล้ว เมื่อยังไม่พร้อมตั้งท้อง คุณคิดว่า จะคุมกำเนิดวิธีใด .....
- หลังจากตอบแบบบันทึกนี้แล้ว คุณขอยืนยันว่า □ ขอให้แพทย์ยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษาให้

**แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q** (คัดลอกมาจากเอกสารของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

คำแนะนำ ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ (ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ)

คำถาม : ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	บางวัน (น้อยกว่า 7 วัน)	บ่อย (มากกว่า 7 วัน)	ทุกวัน
1. เบื่อๆ ไม่สนใจอยากทำอะไร				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป				
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากไป				
6. รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลง จนถูกสังเกตได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่นิ่งได้เหมือนที่เคย				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดี				
(ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่)	รวมคะแนน แต่ละช่อง	(x1)=	(x2)=	(x3)=

\* ลงชื่อ ..... ผู้ตั้งครรภ์ไม่พร้อม โทร. .... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

\* ลงชื่อ ..... ผู้ปกครอง, ผู้นำพามา โทร. ....

สำหรับเจ้าหน้าที่ รวมผลตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ..... คะแนน

การแปลผล : 7-12 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อย ให้การปรึกษา // 13-18 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง สมควรส่งพบแพทย์ // มากกว่า 19 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง สมควรส่งพบแพทย์

\* ลงชื่อผู้ให้คำปรึกษา ..... รพ. .... จังหวัด ..... โทร. ....

\* ลงชื่อแพทย์ ผู้เห็นชอบ ..... ให้ยุติการตั้งครรภ์เพราะมีปัญหาสุขภาพทาง □ จิตใจ □ ร่างกาย  
ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... รพ. .... จังหวัด .....

\* ลงชื่อแพทย์ ผู้ยุติการตั้งครรภ์ ..... รพ. .... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .....  
การวินิจฉัยโรค ..... Depression with unwanted pregnancy. วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

การรักษา □ Cytotec 4 tab.SL. for 30 min. every 3 hr. x 3 (for GA < 13 wk.)

□ Cytotec 2 tab.SL. for 30 min. every 3 hr. x 5 (for GA 13 – 20 wk.)

□ Medabon (Mifepristone 1 tab.Oral then Cytotec 4 tab.SL. for 30 min. In 24 – 48 hr. Later for GA < 9 wk.)

□ Medabon (Mifepristone 1 tab.Oral then Cytotec 4 tab.Vag. suppo. In 36 – 48 hr. Later and Cytotec 2 tab.SL. for 30 min. every 3 hr. Not more than 5 time for GA 9 – 24 wk.)

□ MVA □ วิธีอื่นๆ .....