



# แบบฟอร์มรายงานการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์

อาศัยอำนาจตามข้อ 8

ของข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตาม  
มาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ.2548

ได้กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทางการแพทย์ตามข้อบังคับดังกล่าวจะต้องทำรายงานเสนอต่อ  
แพทยสภา ตามเงื่อนไขและระยะเวลาในแบบฟอร์มที่แพทยสภากำหนด

แพทยสภาจึงได้กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์  
ตามข้อบังคับดังกล่าว **ทำรายงานส่งมายังแพทยสภาภายใน 30**

**วันนับจากวันที่ทำการยุติการตั้งครรภ์** ตามแบบฟอร์มและรายละเอียดดังต่อไปนี้

- ชื่อสถานพยาบาล /  
โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
- ชื่อสกุลของแพทย์ที่ทำการยุติการตั้งครรภ์ของผู้รับบริการรายนี้  
น.พ/พ.ญ.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวช  
กรรม เลขที่.....
- วันที่ผู้ขอรับบริการมาสถานพยาบาล /โรงพยาบาล  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- วันที่ยุติการตั้งครรภ์  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- วันที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล /โรงพยาบาล  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- หมายเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย (H.N.).....
- หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการ .....
- อายุของผู้ขอรับบริการ.....ปี
- สถานภาพสมรสของผู้รับบริการ ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า ( )  
) ไม่ทราบ
- อายุครรภ์โดยการตรวจ ทางคลินิก / อัลตราซาวด์ นับถึงวันที่เริ่มทำการยุติการตั้งครรภ์  
.....สัปดาห์
- ประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการแท้ง (ไม่รวมครั้งนี้)  
( ) จำนวนบุตรมีชีวิต.....คน ( )  
เคยแท้ง.....ครั้ง
- เหตุผลที่ทำการยุติการตั้งครรภ์  
( ) หญิงมีครรภ์มีปัญหาสุขภาพกาย  
ระบุโรค/อาการ.....  
วินิจฉัยโดย  
น.พ/พ.ญ.....ใบอนุญาตฯ  
เลขที่.....  
( ) หญิงมีครรภ์มีปัญหาสุขภาพจิต  
ระบุโรค/อาการ.....

วินิจฉัยโดย

น.พ/พ.ญ.....ใบอนุญาตฯ

เลขที่.....

( ) ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ / ความพิการ

ระบุโรค.....

วินิจฉัยโดย

น.พ/พ.ญ.....ใบอนุญาตฯ

เลขที่.....

( ) มีทารกในครรภ์เป็นโรคทางพันธุกรรม

ระบุโรค.....

วินิจฉัยโดย

น.พ/พ.ญ.....ใบอนุญาตฯ

เลขที่.....

( ) หญิงมีครรภ์เนื่องจากการกระทำความผิดอาญา เช่น ถูกข่มขืน กระทำชำเรา เป็นต้น

ระบุสาเหตุ.....

.....

( )

เหตุผลอื่นๆ.....

.....

14. วิธีการที่แพทย์ใช้ในการยุติการตั้งครรภ์หรือรักษาผู้รับบริการรายนี้ ตอบได้หลายวิธี

14.1 surgical

( ) เครื่องดูดสุญญากาศ

( ) ด้วยมือ Manual Vacuum Aspiration (MVA)

( ) เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า (Electric Suction) (EVA)

( ) Dilatation and Curettage (D&C)

( ) Dilatation and Evacuation (D&E)

( ) Hysterotomy

14.2 medical

( ) สอดยาเข้าทางช่องคลอด

ระบุชื่อยาที่ใช้.....

( ) ยารับประทาน

ระบุชื่อยาที่ใช้.....

14.3 วิธีการอื่นๆ.....

15. การคุมกำเนิดหลังการยุติการตั้งครรภ์ครั้งนี้

( ) ไม่คุมกำเนิด

( ) คุมกำเนิด ด้วยวิธี (ตอบได้หลายข้อ)

- ( ) ยาเม็ดคุมกำเนิด ( ) ยาฉีดคุมกำเนิด ( )  
ใส่ห่วงอนามัย
- ( ) ถุงยางอนามัย ( ) ยาฝังคุมกำเนิด ( )  
ทำหมันหญิง
- ( ) ทำหมันชาย ( ) อื่นๆ.....
16. ภาวะแทรกซ้อนหลังการยุติการตั้งครรภ์ (ตอบได้หลายข้อ)
- ( ) ไม่มี
- ( ) มี ได้แก่
- ( ) ติดเชื้อในกระแสเลือด ( ) ตกเลือด ( ) มดลูกทะลุ
- ( ) ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก ( ) เสียชีวิต  
ระบุสาเหตุ.....
- ( ) ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ระบุโรคหรืออาการ.....
17. สรุปการรักษา
- ( ) รักษาหาย
- ( ) ส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลอื่น
- ( ) ไม่สมควรใจอยู่รักษา/หนักกลับ
- ( ) เสียชีวิต ระบุสาเหตุ.....
18. อื่นๆ
- .....
- .....

ลงชื่อ.....  
( )

ผู้รายงาน

วันที่ .....

หมายเหตุ แบบฟอร์มนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่  
4/2551 วันที่ 10 เมษายน 2551