

CHẤP THUẬN GIẢI PHẪU HOẶC ĐIỀU TRỊ BẰNG THỦ THUẬT XÂM LẤN KHÁC

CONSENT FOR SURGERY OR OTHER INVASIVE PROCEDURAL TREATMENT (VIETNAMESE)

1. **THỦ THUẬT:** Tôi _____ [Tên của bệnh nhân], đồng ý thực hiện (các) thủ thuật sau đây:

Day of Procedure

Verify patient consents to the documented procedure.

RN/Tech initials _____

Date _____

Time _____

[Mô tả (các) thủ thuật].

Bác sĩ của tôi đã thảo luận với tôi và tôi hiểu rõ những gì sẽ liên quan đến thủ thuật của tôi bao gồm việc tôi có thể được gây mê/gây tê hoặc giảm đau, hay cả hai. Tôi hiểu rõ quyền và trách nhiệm của tôi để đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của tôi. Tôi có thể đã nhận được thêm tài liệu hướng dẫn khác. Tôi đã quyết định một cách tự nguyện và thoải mái.

2. **CÁC RỦI RO:** Bác sĩ của tôi đã thảo luận với tôi về những rủi ro cụ thể liên quan đến thủ thuật này. Nếu xảy ra rủi ro, có thể cần đến các thủ thuật bổ sung để điều trị các rủi ro đó. Tôi hiểu rằng những rủi ro thông thường với bất kỳ thủ thuật nào bao gồm, nhưng không giới hạn ở: đột quỵ, thiết bị không hoạt động, nhiễm trùng, tổn thương thần kinh, cục máu đông, đau tim, phản ứng dị ứng, suy hô hấp, suy thận, chảy máu và mất nhiều máu. Những rủi ro này có thể rất nghiêm trọng và có thể gây tử vong. Tôi hiểu và chấp nhận những rủi ro này mà không có sự ép buộc nào. Những rủi ro và tác dụng phụ liên quan đến việc gây mê/gây tê hoặc giảm đau sẽ được thảo luận với tôi trước khi tiến hành thủ thuật. Tôi có thể được yêu cầu ký mẫu chấp thuận khác về việc gây mê/gây tê hoặc giảm đau trước khi tiến hành thủ thuật.

3. **CÁC PHƯƠNG ÁN THAY THẾ:** Tôi đã được bác sĩ giải thích về (các) phương án thay thế hợp lý cho thủ thuật này. Bác sĩ đã thảo luận về những rủi ro và lợi ích của việc không tiến hành thủ thuật. Sau khi hiểu rõ những thông tin này, tôi chọn tiến hành (các) thủ thuật như được trình bày trong mẫu đơn này.

4. **CÁC LỢI ÍCH:** Bác sĩ đã thảo luận với tôi về những lợi ích có thể có liên quan đến thủ thuật này. Tôi hiểu rằng không chắc chắn là tôi sẽ có được những lợi ích này. Tôi không được đảm bảo về kết quả của thủ thuật này.

5. **NHÓM CHĂM SÓC:** Tôi cho phép bác sĩ của tôi, _____ [Tên của bác sĩ], thực hiện thủ thuật này. Tôi chấp nhận rằng bác sĩ sẽ được hỗ trợ bởi một nhóm chăm sóc có thể bao gồm: chuyên gia gây mê/gây tê, y tá, kỹ thuật viên, chuyên gia về thiết bị y tế và một nhóm giải phẫu. Nhóm này có thể bao gồm các bác sĩ giải phẫu khác, bác sĩ nội trú, nghiên cứu sinh, sinh viên y khoa hay các chuyên gia y tế có liên kết khác. Tôi ủy quyền cho các cộng sự hoặc phụ tá đó thực hiện các phần phẫu thuật hoặc thủ thuật theo chỉ dẫn của bác sĩ được xác định trên.

6. **SỰ HIỆN DIỆN TRONG PHÒNG GIẢI PHẪU:** Bác sĩ của tôi hay một nhà cung cấp có chuyên môn phù hợp khác do bác sĩ của tôi chỉ định sẽ có mặt trong phần lớn thời gian của thủ thuật giải phẫu hoặc xâm lấn bao gồm các phần then chốt và có tính chất quyết định, và sau khi đã hoàn thành các phần đó của giải phẫu hay thủ thuật, người đó có thể rời khỏi phòng giải phẫu. Tôi hiểu rằng nếu bác sĩ có tên ở trên rời khỏi phòng giải phẫu, nơi mà ca giải phẫu của tôi đang diễn ra, người đó hoặc một nhà cung cấp có chuyên môn phù hợp khác sẽ luôn có mặt ngay lập tức để hỗ trợ hoặc giám sát thủ thuật của tôi nếu cần thiết.

7. **NGƯỜI QUAN SÁT:** Bác sĩ của tôi có thể cho phép có những người quan sát trong khi tiến hành thủ thuật cho tôi. Họ không thuộc nhóm chăm sóc và sẽ không tham gia vào việc chăm sóc.

8. **TRUYỀN MÁU:** Bác sĩ của tôi và tôi đã thảo luận về khả năng truyền máu liên quan đến thủ thuật này như được đánh dấu bên dưới và lựa chọn của tôi liên quan đến việc truyền máu, ngay cả khi việc truyền máu có thể cứu mạng tôi.

Bác sĩ: Vui lòng chọn lựa chọn có liên quan bên dưới. Lựa chọn ở đây **KHÔNG** phải là bằng chứng chấp thuận hoặc từ chối; lựa chọn đưa ra chỉ dẫn cho việc ghi chép phù hợp cho các quyết định đó. Để chấp thuận hoặc từ chối truyền máu, hãy hoàn thành tài liệu riêng có liên quan.

Theo dự kiến, thủ thuật này không cần truyền máu. Không tiến hành xét nghiệm trước truyền máu (Nhóm Máu và Sàng Lọc). Không cần thêm mẫu đơn nào.

Truyền máu có thể được chỉ định. Dự kiến sẽ có xét nghiệm trước khi truyền máu (Nhóm Máu và Sàng Lọc). Để ghi chép chấp thuận nhận truyền máu, hãy sử dụng mẫu số 397073- *Chấp Thuận Có Hiểu Biết về Truyền Máu*.**

Bệnh nhân **KHÔNG** chấp thuận truyền máu, ngay cả khi việc truyền máu có thể cứu mạng bệnh nhân. Để ghi chép việc từ chối truyền máu, hãy làm theo *Tiêu Chuẩn Lâm Sàng hiện hành: Chương Trình Không Truyền Máu: Người Lớn hoặc Chương Trình Không Truyền Máu: Sơ Sinh, Nhi Khoa và Người Lớn Phụ Thuộc*.**

9. **BỆNH HỌC:** Tôi chấp nhận cho việc kiểm tra, thái độ hoặc bảo quản bất cứ mẫu thử nghiệm nào, như mô, máu, chất dịch trong cơ thể, v.v. để sử dụng cho việc nghiên cứu hoặc khảo cứu y khoa sau này. Bất kỳ nghiên cứu nào liên quan đến các mẫu thử nghiệm sẽ do hội đồng thẩm định thích hợp duyệt xét. Tôi hiểu rằng mô của tôi hoặc vật liệu cấy mô khác sẽ không được trả lại cho tôi. Các yêu cầu ngoại lệ sẽ được duyệt xét theo từng trường hợp.

10. **GHI HÌNH HOẶC CHỤP HÌNH:** Tôi hiểu rằng việc ghi hình hoặc chụp hình, là một phần trong việc điều trị và/hoặc chẩn đoán của tôi, có thể hữu ích cho việc giảng dạy lâm sàng hoặc xuất bản chuyên ngành. Nếu được sử dụng theo cách này, tôi hiểu rằng các hồ sơ của tôi sẽ được chỉnh sửa để không thể xác định danh tính của tôi (được gọi là "loại bỏ danh tính"). Bản ghi hình hoặc chụp hình sẽ không được sử dụng cho bất kỳ mục đích nào khác mà không có sự cho phép của tôi.

(Chữ ký tắt của bệnh nhân) Tôi **KHÔNG** cho phép sử dụng bản ghi hình hoặc chụp hình đã loại bỏ danh tính của tôi cho mục đích giảng dạy lâm sàng hoặc xuất bản chuyên ngành.

Day of Procedure

**Verify patient's signed documents are in the medical record.

RN/Tech initials _____

Date _____

Time _____

Tôi đã được giải đáp thỏa đáng mọi câu hỏi của mình về thủ thuật này. Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi chấp thuận cho thực hiện thủ thuật này.

Chữ ký (Bệnh Nhân hoặc Đại Diện Hợp Pháp)

Tên Viết In Hoa

NGÀY

GIỜ

Mối quan hệ (Nếu không phải là Bệnh Nhân)

XÁC NHẬN CỦA BÁC SĨ:

Tôi đã giải thích nội dung của đơn này với bệnh nhân/đại diện hợp pháp và đã giải đáp tất cả những thắc mắc của bệnh nhân, và với sự hiểu biết tốt nhất của tôi, tôi cảm thấy bệnh nhân này đã hiểu đầy đủ và đã chấp thuận.

Chữ Ký của Bác Sĩ

Tên Viết In Hoa

NGÀY

GIỜ

Có - Thông dịch viên được sử dụng như là một phần của quy trình này.

Consent Update

Patient consent validation, if patient signature date is greater than 90 days prior to the procedure date.

Practitioner initials _____

Date _____

Time _____

PATIENT LABEL



SEATTLE, WASHINGTON

Form 396230-VIETNAMESE Rev. 07/2018

CHẤP THUẬN GIẢI PHẪU HOẶC ĐIỀU TRỊ BẰNG THỦ THUẬT XÂM LẤN KHÁC