

ለቀዶ ጥገና ወይም ለሌላ የውስጥ ሰውነት ሕክምና (ኢንቪዥቭ ፕሮሲደራል ትሪትመንት) ስምምነት CONSENT FOR SURGERY OR OTHER INVASIVE PROCEDURAL TREATMENT (AMHARIC)

1. **ሕክምናው፡** _____ [የታካሚ ስም]፣ ለሚከተለው(ሉት) ሕክምና(ዎች) ፈቃድን አሰጣለሁ፡

Day of Procedure
Verify patient consents to the documented procedure.
RN/Tech initials _____
Date _____
Time _____

_____ [የሕክምናው(ዎች) መግለጫ]፡፡

ሐኪሜ ከእኔ ጋር ተወያይተዋል እናም በሕክምናዬ ላይ ምን አገራ ሊሆን እንደሚችል ይገባኛል፡፡ ማደንዘዣ ወይም የሚያስተኛ መድሐኒት ወይም ሁለቱን ልወስድ እንደምችልም ጨምሮ ተገንዝቤያለሁ፡፡ ስለ ጤና እንክብካቤዬ ውሳኔ ለማስተላለፍ መብት እና ኃላፊነት ያለኝ መሆኔን እንደገባለሁ፡፡ ተጨማሪ ትምህርታዊ ሰነዶችን አግኝቼ ሊሆን ይችላል፡፡ ውሳኔዬን ያደረግሁት በፍላጎትና በገንዘብ ነው፡፡

2. **አደጋዎች፡** ሐኪሜ ከዚህ ሕክምና ጋር አብሮው ስለሚኖሩ የተወሰኑ አደጋዎች አወያይተውኛል፡፡ እነዚህ አደጋዎች ከተከሰቱ፣ ለአደጋዎቹ ተጨማሪ ሕክምና ሊያስፈልግ ይችላል፡፡ ከማንኛውም ሕክምና ጋር የሚከተሉትን ጨምሮ፡ ግን በእነሱ በቻ ሳይወሰን፣ አደጋዎች ሊኖሩ እንደሚችሉ ይገባኛል፡፡ ስትሮክ፣ የመሳሪያ መባላላት፣ ኢንፌክሽን፣ የጎርብ መንጃት፣ የደም መርጋት፣ የልብ ድካም፣ አለርጂ፣ የመተንፈሻ አካል መድከም፣ የጡላሊት መድከም፣ መድማትና ክፍኛ ደም መፍሰስ፣ እነዚህ አደጋዎች በጣም አደገኛና ምናልባትም ለሞት ሊያደርሱ ይችላሉ፡፡ እነዚህ አደጋዎች እንዳሉና በገንዘብ ተረድቻለሁኝ፡፡ ከማደንዘዣ ወይም ከማስተኛ መድሐኒት ጋር አብሮው ሊኖሩ ስለሚችሉ አደጋዎች ያልተፈለጉ ውጤቶች፣ ከሕክምናዬ በፊት እንወያየለን፡፡ ሕክምናዬ ከመካሄዱ በፊት ማደንዘዣ ወይም ማስተኛ መድሐኒትን አስመልክቶ የተለየ ፈቃድ መስጫ እንደፈረም ልጠየቅ እችል ይሆናል፡፡

3. **አማራጭ**፡ ከዚህ ሕክምና ሌላ ሊኖር(ት) ስለሚችል(ሉ) ተገቢ አማራጭ(ዎች) በሐኪሜ መግለጫ ተደርጎልኛል፡፡ ሐኪሙ/ሚ ይህንን ሕክምና ከማድረግ ጋር ሊኖሩ ስለሚችሉ አደጋዎችና ጥቅሞች ገልጸውልኛል፡፡ ይህን መረጃ በማወቅ፣ በዚህ ቅጽ ላይ የተገለጸው(ዱት) ሕክምና(ዎች) እንዲደረግልኝ መርጫለሁ፡፡

4. **ጥቅሞች**፡ ሐኪሜ ከዚህ ሕክምና ጋር አብሮ ሊኖሩ ስለሚችሉ ጥቅሞች ገልጸውልኛል፡፡ እነዚህን ጥቅሞች እንደማግኘት ሙሉ ለሙሉ እርግጠኝነት እንደሌለ ይገባኛል፡፡ የዚህን ሕክምና ውጤት አስመልክቶ የተሰጠኝ ምንም ማረጋገጫ(ዎች) የለም(ሉም)፡፡

5. **የእንክብካቤ ቡድን**፡ ሐኪሜ፡ _____ [የሐኪም ስም]፣ ይህን ሕክምና እንዲፈጽሙ ፈቃድ ሰጥቻለሁ፡፡ የማደንዘዣ መድሐኒት ሰጪዎችን፣ ነርሶችን፣ ቴክኒሻኖችን፣ የሕክምና መሳሪያ አስፈጻሚዎችን፣ እና የቀዶ ጥገና ቡድኖችን ሊያካትቱ በሚችሉ የእንክብካቤ ቡድኖች እንደሚረዱ/እንደምትረዱ ይገባኛል፡፡ ይህ ቡድን ሌሎች የቀዶ ጥገና ሐኪሞችን፣ ረዘሙኝነትን፣ ፊሎዎችን፣ የሕክምና ተማሪዎችን ወይም ሌሎች ተዛማጅ የጤና እንክብካቤ ባለሙያዎችን ሊያጠቃልል ይችላል፡፡ እነዚን የመሳሰሉት ባልደረገዎት ወይም ረዳቶች የቀዶ ጥገናውን ወይም የሕክምናውን የተወሰኑ ክፍል ከዚህ በላይ በተጠቀሱት ሐኪም መመሪያ ስር ሆነው እንዲያካሂዱ ፈቃድ ሰጥቻለሁ፡፡

6. **በቀዶ ጥገና ክፍለ ወሰን ስለሚገኙት** ሐኪሜ ወይም በሐኪሜ የተመደበ ተገቢ ብቃት ያለው አገልግሎት ሰጪ፣ በቀዶ ጥገናው ወይም የሰውነት ውስጥ ሕክምና ላይ፣ ዋና እና ወሳኝ የሆኑትን የሕክምና ድርሻዎችንም ጨምሮ፣ በአብዛኛው ጊዜ ላይ ይገኛሉ፡፡ እናም እነዚያ የቀዶ ጥገና ሕክምና ድርሻዎች ወይም ሕክምናዎች ከተጠናቀቁ በኋላ እሱ ወይም አሷ የቀዶ ጥገና ክፍሉን ለቆ/ለቃ ልትሄድ ይችላል/ትችላለች፡፡ ከላይ የተጠቀሰው ሐኪም፣ ለእኔ የቀዶ ጥገና ሕክምና ከሚደረግበት ክፍል ለቆ/ለቃ ከወጣ/ች፣ አስፈላጊ ከሆነ፣ ለሕክምናዬ አዳጋታ ወይም ከትረጎል ለማድረግ እሱ/አሷ ወይም ሌላ ተገቢው ብቃት ያለው አገልግሎት ሰጫ ወዲያውኑ በሁሉም ጊዜ ላይ እንደሚገኝ ይገባኛል፡፡

7. **ታዛቢዎች**፡ በሕክምናው ወቅት ታዛቢዎች እንዲኖሩ ሐኪሜ ሊፈቅዱ ይችላሉ፡፡ እነሱ የእንክብካቤ ሰጪ ቡድኑ አካል አይደሉም እናም እንክብካቤ በመስጠት ላይ አይሳተፉም፡፡

8. **ወደ ሰውነት ደም መቅዳት**፡ የህክምና ባለሙያዬ እና እኔ ከታች ምልክት ከተደረገበት ስትሮክ ጋር በተያያዘ ወደሰውነት ደም መቅዳት እድል ሊኖር እንደሚችል እና መቅዳቱ ሂወት-የሚያድን ቢሆንም እንኳን፣ ስለመቅዳት ያለኝን ጥምር መብት መለከተ ተወያይተናል፡፡

Day of Procedure
**Verify patient's signed documents are in the medical record.
RN/Tech initials _____
Date _____
Time _____

የህክምና ባለሙያዬ እባክዎ አስፈላጊውን አማራጭ ከታች ይመልከቱ፡፡ እዚህ የሚደረገው ምርጫ የፍቃድ ወይም የአምቤታ ማስረጃ አይደለም፡፡ እነዚያን ውሳኔዎች በአግባቡ ለማስቀመጥ እቅጣጫ ይሰጣል፡፡ መቅዳትን ለመፍቀድ ወይም ለመከልከል ሌላ ተገቢ ሰነድ ይሙሉ፡፡

ደም መቅዳት ለዚህ ስትሮክ አስፈላጊ እንደሆነ አይቆጠርም፡፡ ምንም ቅድመ-መቅዳት ሙከራ (ተይብ እና ትእይንት መስኮት ላይ አሳይ) እየተደረገ አይደለም፡፡ ምንም ተጨማሪ ቅጾች አያስፈልጉም፡፡

ደም መቅዳት ለመላከት ይችላል፡፡ ቅድመ-መቅዳት ሙከራ (ተይብ እና ትእይንት መስኮት ላይ አሳይ) ሊጠበቅ ይችላል፡፡ የመቅዳት ፍቃድን በሰነድ ለማቆየት ይህን ቅጽ ይጠቀሙ #397073- ከሰውነት ደም ለመቅዳት በመረጃ ላይ የተመሰረተ ፍቃድ፡፡*

የደም መቅዳቱ ህይወት-አድን ቢሆንም እንኳን፣ ታካሚው የመቅዳት ፍቃድ አልሰጠም፡፡ መቅዳት ለመከልከል እባክዎ ተፈጻሚነት ያለውን ከሌላ መመዘኛ ይጠቀሙ፡፡ ያለ ደም መርገጥ፣ አዋቂ ወይም ያለ ደም መርገጥ፣ አዲስ የተወለደ ህጻን፣ የህጻናት ህክምና እና ጥገኛ አዋቂ፡፡*

9. **ስለ በሽታ መገኘት (ፖቶሎጂ)**፡ እንደ ስጋ፣ ደም፣ የሰውነት ፈሳሽ ወዘተ የመሳሰሉት ማናቸውም ምርጫዎች ለሕክምና ጥናት ወይም ለምርምር የሕክምና ምርመራ እንዲደረግላቸው፣ እንዲወገዱ ወይም እንዲከማቹ እፈቅዳለሁ፡፡ ምርጫዎችን የሚያጠቃልል ማንኛውም ምርምር ጉዳዩ በሚመለከተው አጥኝ ቦርድ ይጠናቃል፡፡ የአካሉ ቁራጭ ስጋ ወይም ከሰውነት የተወሰደ ማንኛውም ነገር እንደማይመለስልኝ አውቃለሁ፡፡ ልዩ አስተያየት እንዲደረግ ለሚቀርቡ ጥያቄዎች እንደ ጉዳዩ ሁኔታ አንድ በአንድ ውሳኔ ይጠናቃል፡፡

10. **የቪዲዮ ወይም የፎቶግራፍ መዝገብ**፡ ከሕክምናዬ እና/ወይም ከምርመራዬ ጋር በተያያዘ ጉዳይ የተዘጋጁ የቪዲዮና የፎቶግራፍ መዝገቦች ለክሊኒካ ትምህርት ወይም ለፕሮጀክሽን አትም ጽሁፎች ሊያገለግሉ እንደሚችሉ ይገባኛል፡፡ በዚህ መልኩ አገልግሎት ላይ ከዋሉ፣ ማንነቱ እንዳይታወቅ ዘንድ መዝገቦቹ ታርመው እንደሚዘጋጁ ይገባኛል (ይህም "መለዩ-አልላ" ተብሎ የጠራል)፡፡ የቪዲዮ ወይም የፎቶግራፍ መዝገቦች ያለኔ ፈቃድ ለሌላ ማንኛውም አገልግሎት አይውልም፡፡

_____ (የታካሚ ስም የመጀመሪያ ፊደሎች) **እኔ መለዩ-አልላ የሆነው የቪዲዮ ወይም የፎቶግራፍ መዝገቦቹ ለክሊኒካ ትምህርት ወይም ለፕሮጀክሽን አትም ጽሁፎች ሊያገለግሉ እንደሚችሉ ፈቃድ ሰጥቻለሁ፡፡**

ሕክምናውን በተመለከተ ያሉኝ ማናቸውም ጥያቄዎች እኔ በምፈልገው መልኩ ምላሽ አግኝተዋል፡፡ ከታች በመፈረም፣ ለዚህ ሕክምና መፍቀድን አረጋግጣለሁ፡፡

ፊርማ (የታካሚ ወይም ሕጋዊ ወኪል) _____ ስምዎን ጎላ አድገው ይጻፉ _____ **ቀን** _____ **ሰዓት** _____

ዝምድና (ከታካሚ ሌላ ከሆነ)

የሐኪም መግለጫ፡
የዚህን ሰነድ ይዘቶች ለታካሚው/ሕጋዊ ተወካዩ ገልጫለሁኝ እንዲሁም ታካሚው ለነበሯቸው ጥያቄዎች ሁሉ መልስ ሰጥቻለሁ፡፡ እናም እስከማውቀው ድረስ ታካሚው ባጥጋበው መረጃ ያገኘና እንደፈቀዱም አምናለሁኝ፡፡

የሕክምና ባለሙያ ፊርማ _____ ስምዎን ጎላ አድገው ይጻፉ _____ **ቀን** _____ **ሰዓት** _____

አዎ - በዚህ ሂደት ላይ በአስተርጓሚ አገልግሎት ተሰጥቶ ነበር፡፡

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-AMHARIC Rev. 07/2018