



**Chấp thuận thực hiện thủ thuật/phẫu thuật
Thắt ống dẫn trứng**

Tôi, _____, sau đây ủy quyền cho
(Tên của bệnh nhân/người giám hộ hợp pháp)

bác sĩ của tôi _____ cùng
(Tên của bác sĩ, nha sĩ hoặc bác sĩ phẫu thuật phụ trách)

với những trợ lý mà bác sĩ có thể chỉ định, cũng như những cá nhân khác được yêu cầu tham gia thực hiện thủ thuật/phẫu thuật có thể không được biết đến tại thời điểm này nhưng bao gồm các cá nhân được nêu ở Trang 2 để thực hiện thủ thuật/phẫu thuật sau:

Thắt ống dẫn trứng: triệt sản vĩnh viễn.
(Tên thủ thuật/phẫu thuật và Mô tả ngắn gọn)

Tên và vai trò của những cá nhân tham gia thực hiện thủ thuật/phẫu thuật này sẽ được lưu lại trong bệnh án. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu bản sao bệnh án của mình.

Tôi cũng cho phép thực hiện bất kỳ phẫu thuật hoặc thủ thuật nào khác được coi là cần thiết dựa trên kết quả phát hiện trong quá trình thực hiện thủ thuật/phẫu thuật nói trên. Bất kỳ mô hoặc bộ phận nào được cắt bỏ trong quá trình phẫu thuật có thể được Trung tâm Y tế Boston tiêu hủy phù hợp với thực tiễn hiện hành.

Tôi đã được giải thích đầy đủ bản chất, phạm vi và mục đích của ca phẫu thuật, điều trị hoặc các phương pháp điều trị thay thế (trong đó có lựa chọn không điều trị), các rủi ro liên quan và khả năng xảy ra biến chứng. Tôi hiểu rằng có khả năng xảy ra các rủi ro hoặc các biến chứng nghiêm trọng từ việc thực hiện thủ thuật, bao gồm nhưng không giới hạn ở: nhiễm trùng, chảy máu, tổn thương ruột, bàng quang, tử cung, nguy cơ mang thai 3-5/ 1000, tăng nguy cơ mang thai ngoài tử cung mang thai (thai trong ống dẫn trứng) nếu có.

Tôi xác nhận rằng không có bảo đảm nào về kết quả của thủ thuật/phẫu thuật này.

Tôi hiểu rằng bác sĩ của tôi có thể cần phải rời khỏi phòng phẫu thuật trong khi thực hiện thủ thuật/phẫu thuật của tôi. Bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật của tôi đã giải thích và trả lời tất cả các câu hỏi của tôi về khả năng vắng mặt.

Tôi hiểu rằng thủ thuật/phẫu thuật này có thể có giá trị giáo dục hoặc khoa học. Nếu cần quay phim tại buồng bệnh (ghi bằng máy ảnh, phương tiện video, điện tử hoặc âm thanh), tôi phải được bác sĩ lâm sàng thông báo trước về việc sử dụng và mục đích của việc quay phim tại buồng bệnh trước khi quay phim bất cứ khi nào có thể. Tôi hiểu rằng tôi có quyền từ chối bất kỳ việc quay phim tại buồng bệnh nào.

Tôi đồng ý với việc sử dụng (truyền) máu hoặc các sản phẩm từ máu trong quá trình thực hiện thủ thuật/phẫu thuật này hoặc trong giai đoạn hậu phẫu ngay sau đó, nếu được chỉ định. Tôi biết rằng việc sử dụng này có các nguy cơ khác, bao gồm nhưng không giới hạn ở: sốt và phản ứng dị ứng, lây truyền các bệnh như viêm gan, HIV/AIDS, cytomegalovirus và quá tải dịch.

Nếu bạn từ chối sử dụng máu hoặc các sản phẩm từ máu: Tôi đã được bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật giải thích các rủi ro của việc từ chối truyền máu hoặc sản phẩm từ máu, khi được coi là cần thiết trong quá trình tiến hành thủ thuật/phẫu thuật đề xuất. Tôi hiểu rằng nếu cần phải truyền máu trong hoặc ngay sau khi thực hiện thủ thuật/phẫu thuật này, việc tôi từ chối chấp nhận truyền máu có thể khiến tôi có nguy cơ cao gặp biến chứng hoặc hậu quả nghiêm trọng bao gồm nhưng không giới hạn ở: tổn thương não, đau tim, đột quỵ, suy thận (lọc máu), đặt nội khí quản kéo dài, tàn tật vĩnh viễn và tử vong. Tuy nhiên, tôi từ chối truyền máu hoặc các sản phẩm từ máu.

Tên viết tắt của bệnh nhân: _____

Tôi hiểu rằng có thể có một hoặc nhiều chuyên gia trong ngành chăm sóc sức khỏe (đại diện kỹ thuật của các công ty trang thiết bị y tế) có mặt trong quá trình thực hiện thủ thuật/phẫu thuật này chỉ nhằm mục đích tư vấn liên quan đến sản phẩm.

Nếu cần dùng thuốc an thần trong quá trình thực hiện thủ thuật/phẫu thuật này để kiểm soát cơn đau, tôi hiểu rằng phương pháp kiểm soát cơn đau này có rủi ro. Những rủi ro này bao gồm nhưng không giới hạn ở: huyết áp giảm có thể cần truyền dịch và/hoặc thuốc và khó thở có thể cần hỗ trợ hô hấp. Tác dụng phụ thường gặp nhất là buồn nôn và nôn mửa. Trong một số trường hợp hiếm gặp, có thể có phản ứng dị ứng hoặc ngưng tim (tim ngừng đập). Tôi hiểu rằng tôi có thể bị đau, ngay cả sau khi sử dụng thuốc an thần.

**Chấp thuận thực hiện thủ thuật/phẫu thuật
Thắt ống dẫn trứng**

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hoàn toàn hiểu chấp thuận trên, tôi đã được giải thích và bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật đã giải đáp tất cả thắc mắc của tôi. Tôi chấp thuận thực hiện thủ thuật/phẫu thuật này.

PHẢI GHI LẠI NGÀY/THỜI GIAN

Ký tên Viết hoa
 Tên: _____ Tên: _____ Ngày: _____ Thời gian: _____
 Bệnh nhân

Ký tên Viết hoa
 Tên: _____ Tên: _____ Ngày: _____ Thời gian: _____
 Cha mẹ/Người đại diện Giám hộ (nếu có)

Ký tên Viết hoa
 Tên: _____ Tên: _____ Ngày: _____ Thời gian: _____
 Nhà cung cấp/Bác sĩ/Bác sĩ phẫu thuật

Tôi đã phiên dịch những lời giải thích của nhà cung cấp. (Phiên dịch phải ký tên bên dưới, nếu áp dụng)

Ký tên Viết hoa
 Tên: _____ Tên: _____ Ngày: _____ Thời gian: _____

				NGÀY THỰC HIỆN THỦ THUẬT/ PHẪU THUẬT CẬP NHẬT, NẾU CÓ		
	Người tham gia	Tên	Năm	Bệnh nhân Ký nháy	Ngày tháng	Thời gian
<input type="checkbox"/>	Nghiên cứu sinh					
<input type="checkbox"/>	Bác sĩ nội trú					
<input type="checkbox"/>	Trợ lý Bác sĩ					
<input type="checkbox"/>	Nữ hộ sinh có chứng nhận hành nghề					
<input type="checkbox"/>	Điều dưỡng viên có chứng nhận hành nghề					
<input type="checkbox"/>	Khác					

				NGÀY THỰC HIỆN THỦ THUẬT/ PHẪU THUẬT CẬP NHẬT, NẾU CÓ		
	Người tham gia	Tên	Năm	Bệnh nhân Ký nháy	Ngày tháng	Thời gian
<input type="checkbox"/>	Nghiên cứu sinh					
<input type="checkbox"/>	Bác sĩ nội trú					
<input type="checkbox"/>	Trợ lý Bác sĩ					
<input type="checkbox"/>	Nữ hộ sinh có chứng nhận hành nghề					
<input type="checkbox"/>	Điều dưỡng viên có chứng nhận hành nghề					
<input type="checkbox"/>	Khác					