



**Consent To Procedure/Operation
Labor, Augmentation, and
Induction of Labor Management**

DẤN NHÃN BỆNH NHÂN

hoặc

Tên bệnh nhân _____

Tên bác sĩ phẫu thuật _____

Số hồ sơ y tế (MRN)/Ngày sinh (DOB) _____

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

dịch vụ y tế _____ cùng
(Tên bác sĩ, y tá-điều dưỡng, 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:

Quản lý chuyển da, nâng ngực, khởi phát, sử dụng các loại thuốc bao gồm misoprostol và oxytocin, cắt tầng sinh môn, kẹp hoặc sinh chân không, mổ lấy thai khẩn cấp và chăm sóc cấp cứu cho em bé sau khi sinh bao gồm: hồi sức, đặt nội khí quản, truyền máu; kích thích chuyển da, sinh thường, cắt lỗ âm đạo, đỡ đẻ bằng dụng cụ, chăm sóc em bé, bao gồm ống thở trong khí quản, đặt ống thông trong dây rốn và truyền máu cho em bé.

(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:

Nguy cơ đối với bệnh nhân bao gồm các cơn co thắt quá nhiều, co bóp quá mạnh, thai nhi có thể không chịu được các cơn co thắt, nguy cơ mổ lấy thai, nhiễm trùng, chảy máu, tổn thương âm đạo, ruột, bàng quang, vòi trứng, tử cung, truyền máu, có thể gây thương tích cho em bé, có thể cắt bỏ tử cung (cắt bỏ tử cung), tử vong. Rủi ro đối với em bé bao gồm tổn hại đối với cổ họng hoặc khí quản, đông máu quanh ống thông, chảy máu và nhiễm trùng máu.

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.



**Consent To Procedure/Operation
Labor, Augmentation, and
Induction of Labor Management**

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.

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

Sign _____ Print _____ Date: _____ Time: _____
Name: _____
Patient

Sign _____ Print _____ Date: _____ Time: _____
Name: _____
Parent/Guardian Surrogate (if applicable)

Sign _____ Print _____ Date: _____ Time: _____
Name: _____
Provider/Physician/Surgeon

I interpreted the provider's explanation. (Interpreter must sign below, if applicable)

Sign _____ Print _____ Date: _____ Time: _____
Name: _____

				UPDATED DAY OF PROCEDURE/ OPERATION, IF APPLICABLE		
	Participant	Name	Year	Patient Initials	Date	Time
<input type="checkbox"/>	Fellow					
<input type="checkbox"/>	Resident					
<input type="checkbox"/>	Physician Assistant					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Midwife					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Practitioner					
<input type="checkbox"/>	Other					

				UPDATED DAY OF PROCEDURE/ OPERATION, IF APPLICABLE		
	Participant	Name	Year	Patient Initials	Date	Time
<input type="checkbox"/>	Fellow					
<input type="checkbox"/>	Resident					
<input type="checkbox"/>	Physician Assistant					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Midwife					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Practitioner					
<input type="checkbox"/>	Other					