

Cơ quan chủ quản.....  
Cơ sở KB, CB.....

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ  
NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự  
do - Hạnh  
phúc**

MS: 49/BV2

**GIẤY CAM KẾT CHẤP THUẬN  
ĐIỀU TRỊ BẰNG XẠ TRỊ**

**I. THÔNG TIN CÁ NHÂN CỦA NGƯỜI KÝ**

Tôi tên là:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ  
Địa chỉ: .....

☐ Là người bệnh

☐ Là .....của người bệnh..... Tuổi:.....

Đang điều trị tại khoa: ..... Phòng:.....

**II. XÁC NHẬN CỦA BÁC SỸ**

Qua văn bản này tôi xác nhận rằng tôi đã giải thích cho người bệnh/thân nhân của người bệnh mục đích của việc thực hiện điều trị bằng xạ trị và đã cung cấp cho người bệnh/thân nhân các thông tin liên quan đến việc điều trị bằng xạ trị.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

**Bác sỹ**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**III. XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN NGƯỜI BỆNH**

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi đồng ý tiếp nhận/thân nhân của tôi tiếp nhận điều trị bằng xạ trị sau:

- Xạ trị chiếu ngoài cơ thể (ghi rõ vị trí điều trị): .....
- Xạ trị Áp sát (cấy những vật liệu bức xạ tại vị trí) (ghi rõ vị trí điều trị): .....

3. Trị liệu bằng Đồng vị phóng xạ (ghi rõ vị trí điều trị): .....

4. Tôi đồng ý về việc sử dụng các dấu xăm trên da của tôi/thân nhân của tôi cho mục đích xạ trị chính xác. Bằng mẫu đơn này tôi xác nhận rằng tôi đã được giải thích quá trình xạ trị của tôi/thân nhân của tôi sẽ bao gồm khoảng..... lần, mỗi lần cách nhau khoảng ..... ngày. Tôi hiểu rằng nếu không điều trị bệnh của tôi/thân nhân của tôi có thể nặng lên, có thể duy trì tình trạng ổn định trong một khoảng thời gian nhưng hiếm khi được cải thiện tốt hơn.

Tôi xác nhận đã được cung cấp mọi thông tin liên quan đến xạ trị, đã được trao đổi về các nguy cơ, tác dụng phụ và biện pháp cần thực hiện bao gồm:

- Xạ trị có các tác dụng phụ lâu dài mà có thể bao gồm tổn thương phổi, tim, cột sống, da, niêm mạc.
- Xạ trị có thể có hại cho thai nhi và tôi phải thông báo cho bác sỹ của tôi nếu tôi nghĩ rằng tôi/thân nhân của tôi đang có thai và bằng mẫu đơn này tôi xác nhận rằng tôi/thân nhân của tôi đang không có thai.
- Các thông tin điều trị của tôi/thân nhân của tôi sẽ được lưu giữ ở dạng giấy hoặc điện tử và có thể dùng để hội chẩn, trao đổi thông tin và các hoạt động khác được pháp luật cho phép.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

**Người bệnh/thân nhân**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

