

GIẤY CAM KẾT CHẤP THUẬN

PHẪU THUẬT VÀ GÂY MÊ HỒI SỨC

Cấp cứu Bán cấp Chương trình/Phiên Yêu cầu/Dịch vụ

Chúng tôi có tên dưới đây cùng làm Bản cam kết như sau:

I. BÁC SỸ PHẪU THUẬT / GÂY MÊ HỒI SỨC:

Tôi là: Bác sĩ **PHẠM THẾ HIỂN** Chức danh: Bác sĩ điều trị Khoa: **NGOẠI CHỈNH HÌNH**

và Bác sỹ: Chức danh: Khoa phẫu thuật Gây mê hồi sức

Được phân công thực hiện phẫu thuật/ thủ thuật/ gây mê cho người bệnh: **ĐÀO THỊ HẰNG - SINH NĂM 1975**

Chẩn đoán: THOÁI HÓA KHỚP GỐI TRÁI - THA - CUSHING - VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Chúng tôi đã tư vấn, giải thích đầy đủ, rõ ràng những thông tin liên quan đến cuộc phẫu thuật/thủ thuật/gây mê hồi sức cho người bệnh/thân nhân người bệnh về các vấn đề sau:

- Chẩn đoán
- Lý do phẫu thuật/thủ thuật
- Rủi ro, nguy cơ nếu không thực hiện phẫu thuật/thủ thuật
- Kết quả sau phẫu thuật/thủ thuật (Dự kiến).....

Phương pháp phẫu thuật dự kiến

Phẫu thuật mở Phẫu thuật nội soi Thủ thuật

Phương pháp gây mê hồi sức dự kiến:

Mê nội khí quản Mê mask thanh quản Mê tĩnh mạch
 Mê tủy sống Mê ngoài màng cứng Mê đám rối thần kinh
Tiền mê + Mê tại chỗ Khác.

Các phương pháp điều trị khác ngoài phẫu thuật:

Không Có, cụ thể:

Nguy cơ, tai biến trong và sau phẫu thuật có thể xảy ra:

Phản ứng thuốc Suy hô hấp - tuần hoàn Chảy máu
 Nhiễm trùng Tử vong Nguy cơ/rủi ro khác:

Chúng tôi đã dành đủ thời gian để người bệnh/thân nhân đặt các câu hỏi liên quan đến phẫu thuật/thủ thuật/gây mê sẽ được thực hiện hoặc các mối quan tâm khác và chúng tôi đã trả lời tất cả các câu hỏi đó.

Chúng tôi cam kết phục vụ người bệnh bằng lương tâm và trách nhiệm của người thầy thuốc cùng với tất cả kiến thức, sự hiểu biết về chuyên môn và phương tiện hiện có của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương để nỗ lực đem lại kết quả tốt nhất cho người bệnh.

NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN:

Họ và tên người bệnh: ĐÀO THỊ HẰNG - SINH NĂM 1975

Họ và tên thân nhân: Năm sinh:

Quan hệ với người bệnh:

Tôi đã được nghe các Bác sỹ giải thích và đã trao đổi với các Bác sỹ về tất cả các thông tin của cuộc phẫu thuật/thủ thuật/gây mê, những nguy cơ thường gặp có thể xảy ra trong phẫu thuật/gây mê như trong phiếu tư vấn điều trị và mức độ thành công. Tôi đã hiểu lý do phải thực hiện phẫu thuật/thủ thuật/gây mê và đồng ý để Bác sỹ phẫu thuật/thủ thuật/gây mê cho tôi/thân nhân của tôi.

Tôi đã được tư vấn những thông tin về chi phí phẫu thuật/gây mê, vật tư y tế tiêu hao dự kiến sử dụng trong cuộc phẫu thuật/thủ thuật/gây mê, tôi cam kết chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và các quy định khác để thực hiện phẫu thuật/thủ thuật theo yêu cầu; khi ra viện tôi xin thanh toán đầy đủ.

Tôi đồng ý để các Bác sỹ thực hiện các phẫu thuật/gây mê/kiểm tra/điều trị nếu việc đó là cần thiết để cứu tính mạng hoặc ngăn ngừa tác hại nghiêm trọng cho sức khỏe của tôi/thân nhân của tôi.

Tôi hiểu rằng các Bác sỹ của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương sẽ làm hết lương tâm, trách nhiệm cùng với tất cả kiến thức, sự hiểu biết và phương tiện hiện có để nỗ lực đem lại kết quả tốt nhất cho tôi/thân nhân của tôi. Tuy nhiên, cũng không thể đảm bảo hoàn toàn với tôi rằng phẫu thuật/thủ thuật sẽ cải thiện tình trạng hoặc không làm cho tình trạng của tôi/ thân nhân của tôi trở nên xấu đi.

Tôi đã đọc bản cam kết với tinh thần hoàn toàn minh mẫn và hiểu biết. Tôi đã hiểu các vấn đề mà Bác sỹ đã giải thích về tiến trình phẫu thuật/gây mê cho tôi/thân nhân của tôi. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm với quyết định đồng ý cho Bác sỹ phẫu thuật cho tôi/thân nhân của tôi.

Sau khi nghe các Bác sỹ cho biết tình trạng bệnh của tôi/thân nhân của tôi, những nguy hiểm của bệnh nếu không thực hiện phẫu thuật/gây mê hồi sức và những rủi ro có thể xảy ra do bệnh tật, do khi tiến hành phẫu thuật/thủ thuật/gây mê hồi sức; tôi tự nguyện viết giấy cam đoan này:

1. Đồng ý xin phẫu thuật, gây mê hồi sức và để giấy này làm bằng chứng.
2. Không đồng ý phẫu thuật, gây mê hồi sức và để giấy này làm bằng chứng.

(Câu 1 và câu 2 do người bệnh, thân nhân của người bệnh tự viết dưới đây).

.....
.....

TRƯỞNG KHOA
(Ký, ghi rõ họ tên)

PHẪU THUẬT VIÊN
(Ký, ghi rõ họ tên)

BÁC SỸ GÂY Mê
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày..... tháng..... năm 20.....
NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN
(Ký, ghi rõ họ tên)

GIÁM ĐỐC
(Ký, ghi rõ họ tên)