

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

I. THÔNG TIN CỦA NGƯỜI KÝ

Tôi tên là:.....
Địa chỉ:
Số Căn cước/Hộ chiếu:..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ
☐ 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 điều trị bằng hóa trị - xạ trị và đã cung cấp cho người bệnh/thân nhân các thông tin liên quan đến điều trị bằng hóa trị - 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 hóa trị bao gồm các loại thuốc sau:

.....
..... và xạ trị chiếu ngoài cơ thể tại (ghi rõ vị trí xạ trị):
..... Tôi đồng ý về việc sử dụng dầu 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 rằng quá trình hóa trị của tôi/thân nhân của tôi sẽ bao gồm khoảng..... chu kỳ của điều trị hóa trị, mỗi chu kỳ cách nhau khoảng ngày và quá trình xạ trị 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 hóa trị - xạ trị, tôi đã được các Bác sỹ trao đổi về các nguy cơ, tác dụng phụ và biện pháp cần thực hiện bao gồm:

- Hóa trị - xạ trị có tác dụng phụ lâu dài bao gồm tổn thương phổi, tim, gan, cột sống, da, niêm mạc và/hoặc bàng quang và bệnh bạch cầu cấp tính cũng có thể phát triển do hóa trị.
- Hóa trị - xạ trị có thể có hại cho thai nhi nên tôi phải thông báo cho bác sỹ 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.
- Hóa trị thường ảnh hưởng chức năng sinh sản, có thể làm cho tôi/thân nhân của tôi khó có con. Do vậy, cần phải sử dụng các biện pháp tránh thai khi đang hóa trị, xạ trị.
- Khi thuốc hóa trị được đưa vào tĩnh mạch, sẽ có một tỷ lệ rủi ro nhất định về nhiễm trùng máu hoặc

thuốc hóa trị rò rỉ ra ngoài tĩnh mạch gây khó chịu hoặc tổn thương mô tế bào.

– 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)

