

GIẤY CAM KẾT CHẤP THUẬN GÂY MÊ HỒI SỨC

Cấp cứu Bán cấp Chương trình/Phiên

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

I. BÁC SĨ GÂY MÊ HỒI SỨC:

Tôi tên là:

Chức danh:Khoa:.....

Được phân công thực hiện gây mê cho người bệnh:

Chẩn đoán:.....

Tôi đã đánh giá đầy đủ tình trạng sức khỏe của người bệnh trước gây mê, đã tư vấn, trả lời các câu hỏi đầy đủ và rõ ràng về phương pháp vô cảm được chỉ định dưới đây, bao gồm cách thức thực hiện, kết quả và các nguy cơ có thể xảy ra:

Mê nội khí quản

Mê mask thanh quản

Mê tĩnh mạch

Tê tủy sống

Tê ngoài màng cứng

Tê đám rối thần kinh

Tiền mê + Tê tại chỗ

Khác.

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

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 (*Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*) để nỗ lực đem lại kết quả tốt nhất cho người bệnh.

II. NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN:

Họ và tên người bệnh:Năm sinh:.....

Họ và tên thân nhân:Năm sinh:

Quan hệ với người bệnh:

Tôi đồng ý việc áp dụng phương pháp vô cảm nêu trên và đã được nghe bác sĩ gây mê giải thích cách thực hiện, kết quả và các nguy cơ có thể xảy ra.

Tôi đồng ý để các bác sĩ thực hiện các 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 sĩ của (*tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*) 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 với tôi rằng việc gây mê hồi sức sẽ hoàn toàn thành công, vẫn có thể sẽ xảy ra các tai biến, biến chứng ngoài mong muốn.

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

BÁC SĨ GÂY MÊ
(Ký, ghi rõ họ tên)

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

