

GIẤY CAM KẾT CHẤP THUẬN
ĐIỀU TRỊ BẰNG HÓA TRỊ - ĐIỀU TRỊ ĐÍCH - ĐIỀU TRỊ MIỄN DỊCH

I. THÔNG TIN CỦA NGƯỜI KÝ

Tôi tên là:.....

Địa chỉ:

Số Căn cước/Hộ chiếu:..... Tuổi:..... Nam Nữ

Là người bệnh

Làcủa người bệnh..... Tuổi:.....

Đang điều trị tại khoa: Phòng:.....

II. XÁC NHẬN CỦA BÁC SĨ

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 - điều trị đích - điều trị miễn dịch và đã cung cấp cho người bệnh/thân nhân các thông tin liên quan đến điều trị bằng hóa trị - điều trị đích - điều trị miễn dịch.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sĩ

(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 - điều trị đích - điều trị miễn dịch bao gồm các loại thuốc sau:

.....
.....
Bằng mẫu đơn này tôi xác nhận rằng tôi đã được giải thích rằng quá trình hóa trị - điều trị đích - điều trị miễn dịch của tôi/thân nhân của tôi sẽ bao gồm khoảng..... chu kỳ của điều trị hóa trị - điều trị đích - điều trị miễn dịch. 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 - điều trị đích - điều trị miễn dịch, tôi đã được các bác sĩ trao đổi về các nguy cơ, tác dụng phụ và biện pháp cần thực hiện bao gồm:

- Hóa trị - điều trị đích - điều trị miễn dịch 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 - điều trị đích - điều trị miễn dịch có thể có hại cho thai nhi nên tôi phải thông báo cho bác sĩ 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 - điều trị đích - điều trị miễn dịch 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 - điều trị đích - điều trị miễn dịch 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)

