BỆNH VIỆN ĐA KHOA PRAHA
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

THÔNG BÁO SỰ ĐỒNG Ý

Họ và tên: số sinh**:**
Người giám hộ của bệnh nhân (tên, họ):
Ký hiệu dịch vụ y tế/bước chữa trị (hoặc là các dịch vụ/các bước chữa trị): **TIÊM CHỦNG BẮT BUỘC CHỐNG BỆNH LAO CHO TRẺ EM (TBC)**
Mục đích, tính chất, dự kiện thành công, hậu quả và những rủi ro của dịch vụ y tế/bước chữa trị: Ở con anh, chị theo những số liệu cập nhật được thì phát hiện rủi ro lớn mắc bệnh lao (TBC). Căn bệnh này đặc biết đối với trẻ nhỏ là đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe. Tiêm phòng chống bệnh lao TBC giảm khả năng mắc bệnh lao TBC kể cả là mức độ mắc bệnh nặng nhất và như vậy về cơ bản bảo vệ sức khỏe của đứa bé mà có khả năng rủi ro nhiễm bệnh lao cao. Tiêm phòng cho con anh, chị được thực hiện theo qui định của luật, và được thực hiện sớm nhất có thể sau khi sinh. Ưu điểm của việc tiêm phòng sớm là nó thường xuyên kích hoạt hệ thống miễn dịch chống lại căn bệnh này và sẽ không phải dời hay là dời ít nhất những tiêm phòng khác. Tiêm phòng tiếp theo sẽ được thực hiện sau khi hết phản ứng sau khi tiêm phòng TBC. Khi tiêm phòng chống lại TBC thường dùng vaxin vi khuẩn sống đã được làm yếu, và được tiêm vào vai trái. Sau khi tiêm phòng chống lại TBC thì trong vòng 6 - 8 tuần thường xuất hiện nốt sần hoặc áp xe to tầm 10 mm ở nơi được tiêm, có thể nổi hạch ở nách hoặc là ở cổ bên trái to tầm 10 mm. Trong trường hợp hạn hữu thì cũng có thể nổi hạch to hơn 10 mm. Tiêm phòng có trường hợp đặc biệt cũng dẫn đến những phản ứng nghiêm trọng hơn, như có thể dẫn đến nhiễm trùng xương hay phát tán vi khuẩn đã làm yếu trong cơ thể của trẻ em với rối loạn kháng thể nghiêm trọng. Kể cả việc theo dõi kỹ càng cũng không thể đoán trước được phản ứng sau khi tiêm. Con của anh, chị sẽ luôn được bác sĩ theo dõi và được kiểm tra ở nơi đã được tiêm phòng (phòng kiểm tra của khoa nhi và thanh thiếu niên, bệnh viện đa khoa Praha, điện thoại 224 967 063). Phản ứng phụ có thể xảy ra với vaxin, mà nó khác xa với những phản ứng thông thường, thì hãy tham khảo ý kiến với các chuyên gia này càng sớm càng tốt, Bệnh nhân được cung cấp sản phẩm thuốc chưa đang kí trong khuôn khổ chương trình điều trị cụ thể.
Các lựa chọn thay thế khác của bước điều trị, sự phù hợp của chúng, lợi ích và rủi ro: Không có lựa chọn thay thế nào của tiêm phòng TBC!
Dịch vụ y tế/bước chữa trị sẽ tiến hành như sau: Y tá sẽ khử trùng da và tiêm vaxin vào phần trên của bắp tay trái . Sau 3 tháng sẽ kiểm tra phản ứng lên tiêm phòng như thế nào.

BỆNH VIỆN ĐA KHOA PRAHA
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

THÔNG BÁO SỰ ĐỒNG Ý

Họ và tên: số sinh**:**
Hạn chế và khuyến nghị về lối sống có liên quan đến tình trạng sức khỏe và những thay đổi có thể xảy ra đối với sức khỏe sau khi thực hiện thao tác y tế/qui trình chữa trị: Một hạn chế duy nhất là sau khi tiêm vaxin xong thì trong vòng 3 tháng không được tiêm bất kì vaxin nào khác (hoặc là phải sau khi lành nơi mũi tiêm).
Điều tri cần thiết tiếp theo: Không có
Tôi tuyên bố rằng, bác sĩ mà đã chỉ dẫn cho tôi, thì đã giải thích tất cả những gì ghi trong bản tuyên bố đồng ý cho tôi và tôi đã được phép đặt các câu hỏi và những câu hỏi đó đã được bác sĩ trả lời tôi. Tôi tuyên bố rằng, chỉ dẫn và những thông tin nêu ra ở trên tôi hoàn toàn hiểu và tôi đồng ý với việc thực hiện thao tác y tế này: Trong trường hợp bệnh nhân là trẻ vị thành niên hoặc là khuyết khả năng tự quyết và là đủ hiểu chuyện và được coi là trưởng thành: **Tôi tuyên bố là tôi đã được chỉ dẫn về nội dung ở trên.** Nếu như bệnh nhân chưa được cung cấp những thông tin như vậy, hãy nêu ra lí do không được cung cấp: Nêu lí do Tại Praha ngày điền ngày .... *Chữ kí của bệnh nhân / chữ kí của người giám hộ* *tên, họ và chữ kí của bác sĩ* ..... *Chữ kí củatrẻ vị thành niên /* *Của bệnh nhân khiếm khả năng tự quyết*
Trong trường hợp bênh nhân hay người giám hộ vì lí do sức khỏe không thể kí được: Lí do mà vì nó bệnh nhân hay người giám hộ không thể kí được: Nêu lí do Cách mà bệnh nhân/người giám hộ thể hiện ý chí của mình: nêu cách thức ..... *Tên, họ và chữ kí của người làm chứng*