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): ☐ **CẤP THUỐC KHÔNG ĐĂNG KÍ:** ☐ **CẤP THUỐC MÀ ĐƯỢC DÙNG CHO MỤC ĐÍCH KHÁC HOẶC LỨA TUỔI KHÁC**
Mục đích, tính chất, dự kiện thành công, hậu quả và những rủi ro của dịch vụ y tế/bước chữa trị: Nếu thuốc không được đăng kí bởi cơ quan kiểm soát dược phẩm hoặc là được đăng kí cho mục đích khác hay lứa tuổi khác thì trước khi áp dụng phải được kí giấy đồng ý với việc sử dụng nó. Trên cơ sở tình trạng sức khỏe của anh, chị mà sản phẩm thuốc này được chỉ định đầy đủ cho anh, chị. Có khả năng xuất hiện các phản ứng phụ được ghi trên tờ hướng dẫn sử dụng của thuốc đó.
Các lựa chọn thay thế khác của bước điều trị, sự phù hợp của chúng, lợi ích và rủi ro: Ở cộng hòa Séc thì không tồn tại loại thuốc đã được đang kí nào mà bằng tác dụng của nó có lợi cho bệnh nhân giống như vậy
Dịch vụ y tế/bước chữa trị sẽ tiến hành như sau: Sản phẩm thuốc được áp dụng: ☐ dưới da ☐ vào khớp ☐ qua mạch máu ☐
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: Với việc dùng thuốc thì không liên quan đến bất kì hạn chế nào trong quá trình chữa trị của anh, chị.
Điều trị 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:

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**:**
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 .... *Chữ kí của bệnh nhân / chữ kí của người giám hộ* *tên, họ và chữ kí của bác sĩ* ..... *Chữ kí của trẻ 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*