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):

GÂY GIẢM ĐAU

Mục đích, tính chất, dự kiện thành công, hậu quả và những rủi ro của dịch vụ y tế/bước chữa trị:

Mục đích của thủ thật này là đảm bảo một quá trình phẫu thuật hay chữa trị không đau đớn và suôn sẻ và giảm nhận thức về sự đau đớn.

Gây giảm đau giảm nhận thức về đau đớn trong toàn cơ thể, cảm giác áp lực hay động chạm thì vẫn giữ nguyên. Bằng tác động của thuốc giảm đau được đưa vào cơ thể qua mạch máu thì bệnh nhân có thể ở trong tình trạng nửa tỉnh nửa mê và không nhớ về thủ thuật đã thực hiện.

Giữa **những tác dụng phụ** sinh ra từ gây giảm đau thì có đau cơ và đau đầu, buồn nôn, nôn, ngái ngủ tạm thời, rối loạn phối hợp và bí tiểu.

Giữa những **biến chứng nguy hiểm**, kể cả những biến chứng gây nguy hiểm đến tính mạng sinh ra từ bước gây giảm đau hay là liên quan đến các bệnh phức tạp, thì có phản ứng dị ứng, phản ứng độc hại với thuốc gây tê cục bộ, suy hô hấp hoặc suy tuần hoàn máu, suy thận, gan. Nó xuất hiện ở cả những ca đã đặt trước hay những ca cấp cứu.

Sự kéo dài ngoài ý muốn của ca phẫu thuật hay bước chữa trị có nguy cơ chuyển từ gây giảm đau sang gây mê toàn phần.

Các lựa chọn thay thế khác của bước điều trị, sự phù hợp của chúng, lợi ích và rủi ro:

Gây mê toàn phần khác với gây giảm đau là nó loại bỏ hoàn toàn ý thức và nhận thức về sự đau đớn trong toàn thân. Cùng với gây tê cục bộ được sử dụng ở những ca phẫu thuật lớn. Được sử dụng trong đó hợp chất gây ngủ, thuốc giảm đau mạnh và chất làm thư giãn cơ bắp. Các thuốc này thường được đưa vào cơ thể bằng đường tiêm tĩnh mạch hay hít, và được đưa vào riêng biệt hoặc kết hợp.

Giữa những phản ứng phụ của gây mê toàn phần thì có đau cơ đau đầu, khó chịu, nôn, ngái ngủ tạm thời và rối loạn phối hợp, đau họng, khàn tiếng.

Dịch vụ y tế/bước chữa trị sẽ tiến hành như sau:

Bá sĩ chuyên ngành (bác sĩ gây mê, bác sĩ chuyên sâu) chỉ dẫn cho bệnh nhân về ca phẫu thuật, thực hiện khám đầu vào, đánh giá tình trạng chung và loại ca phẫu thuật hay bước chữa trị và khuyến nghị hình thức gây giảm đau thích hợp cho quá trình phẫu thuật êm đẹp.

Trong khuôn khổ chuẩn bị trước ca phẫu thuật thì cần thiết phải hạn chế ăn, uống, hút thuốc, tháo răng giả và tuân thủ mọi chỉ bảo của bác sĩ. Buổi tối trước khi phẫu thuật hoặc là trong ngày phẫu thuật ngay trước khi phẫu thuật thì sẽ tiêm thuốc an thần.

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: Sau khi thực hiện ca phẫu thuật thì trong thời gian nhất định (đến 24 giờ) thì khả năng tập trung bị ảnh hưởng, kéo dài rối loạn phối hợp hay cử động. Trong trường hợp cấp cứu thì cần thiết phải có người hộ tống bệnh nhân về nhà. Trong vòng 24 sau khi phẫu thuật thì không được phép lái xe, cũng không được điều khiển máy móc mà đòi hỏi sự tập trung cao.
Điều trị cần thiết tiếp theo: Phụ thuộc vào ca phẫu thuật hay bước chữa trị.
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 .... *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*