**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)**:<br>**GÂY GIẢM ĐAU BẰNG HÔ HẤP VỚI TRẺ EM TRONG TÌNH TRẠNG TỈNH TÁO** |
| Mục đích, tính chất, dự kiện thành công, hậu quả và những rủi ro của dịch vụ y tế/bước chữa trị:<br>Mục đích thủ thuật này là chuẩn bị đứa trẻ không đủ hợp tác cho ca phẫu thuật hay bước điều trị.<br>Dự kiến thành công là đảm bảo một ca phẫu thuật hay bước chữa trị em đẹp và không đau đớn và hạn chế tối thiểu khả năng nhớ lại trải nghiệm khó chịu, có nghĩa là sẽ có ảnh hưởng ít nhất đến tình trạng sức khẻo của đứa trẻ. Trong gây giảm đau bằng đường hô hấp thì sẽ được hít vào hỗn hợp khí oxi ni tơ và oxi với tỉ lệ 1:1, đó là chất Actynox.<br>Những ưu điểm khác và đặc trưng của chuyền thuốc qua hô hấp:<br>- Tác dụng và kết thúc tác dụng nhanh chỉ trong vòng mấy phút<br>- Giảm hiệu quả đau dớn tạm thời<br>- Ít tác dụng phụ<br>- Tác dụng giảm đau, an thần (làm dịu), thuốc lú (trẻ em không cần phải nhớ quá trình chữa trị) khi ý thức của bệnh nhân giảm sút<br>Rủi ro của thủ thật như sau:<br>Biến chứng thỉnh thoảng xảy ra sau khi thực hiện là chóng mặt, buồn nôn hoặc nôn. |
| Các lựa chọn thay thế khác của bước điều trị, sự phù hợp của chúng, lợi ích và rủi ro:<br>Khám cho trẻ em không hợp tác bằng cách sử dụng các loại thuốc khác, các phương pháp tâm lí, gây mê toàn phần hoặc dùng biện pháp kiềm chế nhẹ nhàng (kẹp). |
| Dịch vụ y tế/bước chữa trị sẽ tiến hành như sau:<br>Một đứa trẻ khỏe mạnh không sổ mũi, ho và không sốt, không nhịn ăn dưới sự giám sát của bác sĩ sẽ hít chất Actynox qua ống ngậm hoặc mặt nạ trong một thời gian cần thiết.<br>Hiệu quả bắt đầu sau 4-5 lần hít. Mức tối đa đạt được sau 2 -5 phút hít liên tục. Hít khí Actynox phải được tiếp tục không gián đoạn trong suốt quá trình chữa trị. Sau khi kết thúc hít khí thì đứa trẻ được giám sát nghỉ ngơi trong vòng 5-10 phút cho đến khi khả năng chú ý và khả năng phối hợp vận động của trẻ được phục hồi thỏa đáng.<br>Ưu điểm: gây áp lực ít nhất cho bệnh nhân, ít tác dụng phụ<br>Bất lợi: đạt tác dụng chậm hơn là tiêm thuốc trực tiếp qua tĩnh mạch. |

**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:

Nếu không dẫn đến chấn thương khu vực gây tê do cắn, nhai, các tác dụng phụ như (nấc cụt, nhìn kép, chóng mặt, tê rát da) liên quan đến gây giảm đau trong tình trạng tỉnh táo sẽ nhanh chóng biến mất. Tùy thuộc vào quá trình chữa trị, sau đó sẽ tiến hành bình phục bệnh nhân nhi từ từ.

Điều trị cần thiết tiếp theo:

Trong trường hợp cần thiết thì sẽ đến kiểm tra theo lịch đã đặt.

**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 dịch vụ 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 bệnh 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*