



CS0004

San Francisco General  
Hospital and Trauma Center**GIẤY ỰNG THUẬN CHO VIỆC ĐIỀU TRỊ  
HOẶC THỦ THUẬT Y KHOA**

Consent for a Treatment or a Procedure (Vietnamese)

NAME

DOB

MRN

PCP

Patient ID / Addressograph

**NHỮNG QUYỀN LỢI CỦA TÔI (MY RIGHTS) –**

Tôi hiểu rằng tôi có quyền được quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi. Tôi cũng hiểu rằng bác sĩ và những nhà cung cấp y tế khác sẽ cho tôi những thông tin về việc điều trị hoặc thủ thuật mà họ đề nghị. Thông tin này bao gồm:

1. Những gì bác sĩ/nhà cung cấp dự định thực hiện
2. Ai sẽ thực hiện việc điều trị hoặc thủ thuật
3. Việc điều trị /thủ thuật có thể giúp tôi những gì
4. Những vấn đề không lường trước
5. Những chọn lựa khác có thể được thay thế

**CÁCH TRỊ LIỆU/THỦ THUẬT GÌ (WHAT) –**

Bác sĩ hoặc nhà cung cấp y tế đề nghị tôi nên được điều trị hoặc qua thủ thuật y khoa sau đây:

Thuật ngữ Y khoa: \_\_\_\_\_

Mô tả Tổng quát (Ngôn ngữ Thông thường): \_\_\_\_\_

Địa điểm, nếu thích hợp (ví dụ, thuận bên, số răng, chữ số). \_\_\_\_\_

**Trong lúc thực hiện thủ thuật**, tình trạng của tôi có thể thay đổi hoặc bác sĩ của tôi có thể nhận thấy cần phải làm những thủ thuật bổ sung hoặc khác. Tôi hiểu rằng bác sĩ của tôi sẽ vận dụng óc suy xét tốt nhất của ông ta/bà ta để quyết định cách điều trị cho tình trạng của tôi.

**AI (WHO) –Bác sĩ hoặc các bác sĩ phụ trách (attending)** chịu trách nhiệm về việc điều trị liệu hoặc thực hiện thủ thuật là

Tôi hiểu rằng Bệnh viện Đa khoa San Francisco là một bệnh viện giảng dạy. Bác sĩ nội trú và các bác sĩ tập sự khác có thể thực hiện các phần quan trọng trong việc điều trị hoặc thủ thuật. Những nhân viên y tế có phép hành nghề khác [như chuyên viên điều dưỡng(nurse practitioners) hoặc phụ tá bác sĩ (physician assistants)] cũng có thể thực hiện một số thủ thuật hoặc công việc, nhưng chỉ khi được cho phép bởi Luật California và chính sách của bệnh viện.

**LÝ DO (WHY) –**

Lý do để điều trị hoặc làm thủ thuật là \_\_\_\_\_

**CHỌN LỰA KHÁC (OTHER OPTIONS) –**

Thay vì thủ thuật này, có thể làm như sau:

 Không làm gì (Nothing)       Khác (Other): \_\_\_\_\_

Rủi ro của các lựa chọn thay thế ở trên là: \_\_\_\_\_



CS0004

Patient Name: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

CONSENT FOR A TREATMENT OR A PROCEDURE  
GIẤY ỨNG THUẬN CHO VIỆC ĐIỀU TRỊ HOẶC THỦ THUẬT Y KHOA**KẾT QUẢ (OUTCOME) –**

Khả năng thành công

 Rất tốt (Excellent)    Tốt (Good)    Trung bình (Fair)    Yếu (Poor)

Có khả năng việc điều trị hoặc thủ thuật sẽ không thành công hoặc có thể gây những vấn đề mới không lường trước.

**RỦI RO (RISKS) –**

Bác sĩ hoặc nhà cung cấp của tôi đã giải thích rằng có một số rủi ro trong tất cả việc điều trị và thủ thuật y khoa. Ông ta/bà ta đã giải thích một số những rủi ro thông thường và nghiêm trọng. Một số (nhưng không phải tất cả) những rủi ro trên bao gồm chảy máu, nhiễm trùng, tổn thương đến những mạch máu, dây thần kinh, các bộ phận hoặc mô khác ở lân cận; gây mất năng lực hoặc tử vong. Những rủi ro khác: \_\_\_\_\_

**NGHIÊN CỨU MÔ (TISSUE STUDY) –**

Tôi hiểu rằng bất cứ mô nào lấy ra khi giải phẫu trước tiên sẽ được nghiên cứu để hiểu thêm về tình trạng y khoa của tôi và cách tốt nhất để chữa trị. Bất cứ mô nào còn thừa có thể được hủy hoặc lưu giữ để nghiên cứu sau này. Nếu mô được lưu giữ để nghiên cứu sau này:

- Danh tánh của tôi sẽ được bảo mật.
- Tôi có thể không trực tiếp nhận được bất cứ ích lợi nào, nhưng việc nghiên cứu sẽ đưa đến những phát minh để giúp người khác trong tương lai.
- Tôi sẽ không được nhận bất cứ khoản tiền nào cho việc nghiên cứu.

Tôi đồng ý cho lưu giữ mô của tôi để nghiên cứu trong tương lai, nhưng với những điều kiện sau đây (nếu có): \_\_\_\_\_

**Quý vị có câu hỏi gì trước khi ký không?** (Before you sign, do you have any questions?)**✓ SỰ ỨNG THUẬN CỦA TÔI (MY CONSENT) –**

Tôi đã nhận được thông tin mô tả ở trên. Bác sĩ và nhà cung cấp đã trả lời những câu hỏi của tôi. Tôi mong muốn được điều trị hoặc qua thủ thuật được đề nghị.

- **Bệnh nhân/Người đại diện Patient / Representative:** Ngày (Date): \_\_\_\_\_ Giờ (Time): \_\_\_\_\_  
Viết Họ Tên Kiểu Chữ In \_\_\_\_\_ Chữ ký \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_\_  
Nếu là người đại diện, quan hệ If a surrogate, relationship:  
 Vợ chồng/Bạn Đời Sống chung Spouse/Domestic Partner    Cha mẹ Parent  
 Con trưởng thành Adult Child  
 Thành viên khác trong gia đình Other Family Member: \_\_\_\_\_  
 Ủy quyền về Chăm sóc Sức khỏe Power of Attorney for Health Care    Giám hộ Conservator  
 Người đại diện được bệnh nhân chỉ định bằng lời nói khi nhập viện Surrogate orally designated by patient during this admission
- **Thông dịch viên Interpreter:** Ngày (Date): \_\_\_\_\_ Giờ (Time): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Viết Họ Tên Kiểu Chữ In   Chữ Ký (nếu gặp trực tiếp)   Số ID của Thông Dịch Viên
- **Nhân chứng (Thành viên Đội ngũ Chăm sóc Sức khỏe) Witness:** Ngày: \_\_\_\_\_ Giờ: \_\_\_\_\_  
Tên: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Viết Họ Tên Kiểu Chữ In   Chữ Ký   Danh Xưng
- **Nhân Chứng Witness:** Ngày (Date): \_\_\_\_\_ Giờ (Time): \_\_\_\_\_  
Viết Họ Tên Kiểu Chữ In: \_\_\_\_\_ Chữ Ký: \_\_\_\_\_





CS0004

Patient Name: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

CONSENT FOR A TREATMENT OR A PROCEDURE  
GIẤY ỦNG THỤẬN CHO VIỆC ĐIỀU TRỊ HOẶC THỦ THUẬT Y KHOA

**PHYSICIAN PROGRESS NOTE FOR INFORMED CONSENT**  
Complete 1, 2 OR 3 below

**1. CONSENT DISCUSSION WITH PATIENT OR SURROGATE (Complete this section together with the consent form which is signed by the patient or surrogate.)**

a. As indicated on the **Consent Form** I explained the following to the patient or her/his surrogate:

- nature of the procedure or treatment,
- why it's recommended and the possible benefits,
- risks and complications (most common and serious),
- alternative treatments and the risks of each (including no treatment), and
- who will perform the procedure or treatment.

At the patient's request, a friend(s) or family member(s) was present during the discussion \_\_\_\_\_

b.  An interpreter was involved. [Use a trained medical interpreter (**ext. 6-5133**) except in urgent situations or if a patient specifically requests that an adult family member serve as the interpreter.]

c.  Patient has **Do Not Attempt Resuscitation (DNAR)/Do Not Intubate (DNI)** order; I explained to the patient or surrogate that the order will be suspended during the procedure.

d.  Teach-Back (The patient or surrogate was able to tell me what treatment / procedure is planned, why it's needed, the benefits and some of the risks that s/he might expect.)

✓ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Provider: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / CHN ID#: \_\_\_\_\_  
Print Name Signature Title

**2. EMERGENCY [Complete this section when neither the patient nor a surrogate can give consent and clinically the procedure cannot be delayed to allow the hospital to petition the court for an order authorizing treatment--"medical probate". The consent form (pages 1 & 2) is not completed.]**

In my clinical judgment the patient emergently needs the following treatment or procedure to alleviate severe pain or to diagnose and treat a condition that may lead to a serious disability or death; **AND**  The urgency of the situation precluded getting the patient's consent in advance; **OR**  I have assessed the patient and determined that s/he lacks the capacity to make health care decisions and have not been able to readily identify or locate a surrogate decision maker.

**Treatment/Procedure:** \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Provider: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / CHN ID#: \_\_\_\_\_  
Print Name Signature Title



CS0004



San Francisco General Hospital and Trauma Center

GIẤY ỰNG THUẬN CHO VIỆC ĐIỀU TRỊ HOẶC THỦ THUẬT Y KHOA

Consent for a Treatment or a Procedure (Vietnamese)

NAME

DOB

MRN

PCP

Patient ID / Addressograph

3. TELEPHONE CONSENT [Complete this section when a surrogate gives consent by telephone. The consent form (pages 1 & 2) is not completed.]

I assessed the patient and determined that (1) s/he lacks the capacity to make health care decisions or (2) s/he is a minor. I have located a family member or other authorized representative who is willing to act as the patient's surrogate health care decision-maker, but who cannot be physically present to sign the consent form. By telephone I discussed the nature of the treatment/procedure, expected outcome, risks and benefits and alternatives with the patient's surrogate.

Treatment/Procedure:

\_\_\_\_\_

Risks explained:

I explained that some (but not all) of these risks may include bleeding; infection; damage to close-by blood vessels, organs or other tissue; disability or death.

Other risks: \_\_\_\_\_

The surrogate has consented to the treatment/procedure on behalf of the patient.

\_\_\_\_\_  
(Surrogate's Name) (Date Of Birth) (Telephone No.)

Surrogate's relationship to patient:

- Spouse/Domestic Partner, Parent, Adult Child, Other Family Member (relationship), Power of Attorney for Health Care, Conservator, Surrogate orally designated by patient during this admission

✓ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Provider: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Print Name Signature Title CHN ID#

Staff who was a witness to the telephone call:

✓ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Print Name Signature Title