|  |  |
| --- | --- |
|  | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  Độc lập – Tự do – Hạnh phúc  ----------------------------------- |

GIẤY CAM ĐOAN GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN DẠ

Tên tôi là………………………………………............…Tuổi…………..Giới: Nam/ Nữ………  
Địa chỉ…………………………………………………….………………………………………  
Số CMTND ............................................................. Ngày cấp: … / … / … Nơi cấp: ...................  
Là người bệnh/ Đại diện gia đình người bệnh họ tên là:…………………………………….....…  
Hiện đang được điều trị tại khoa Phụ sản – Bệnh viện đa khoa Phương Đông.  
Tôi có nguyện vọng được làm **giảm đau trong chuyển dạ.**

- Tôi đã được giải thích về bản chất, lợi ích, chi phí của việc điều trị, những nguy cơ, đặc biệt là các biến chứng, rủi ro sớm hoặc muộn có thể xảy ra do bệnh tật, hoặc do các phương pháp trên.

- Tôi đã được giải thích và hiểu rằng: Bệnh viện sẽ đem hết khả năng và trách nhiệm trong khuôn khổ các quy định chuyên môn để điều trị cho tôi.

- Tôi đã được giải thích và hiểu rằng Bệnh viện được phép cung cấp thêm các dịch vụ cho tôi nếu  
xét thấy hợp lý và cần thiết. Tôi có trách nhiệm thanh toán các chi phí phát sinh này.

Tôi xác nhận đã hiểu rõ sự giải thích, và tự nguyện viết giấy cam đoan này làm bằng chứng là (*ghi rõ đồng ý hay không đồng ý*) ………………………………được điều trị/ chẩn đoán theo các phương pháp nêu trên, đồng thời chấp nhận **thanh toán phí giảm đau khi phải chuyển sang mổ cấp cứu** và không có bất kỳ khiếu nại gì với Bệnh viện về việc này.

Ngày: ….... / …... /…...  
Họ tên của người bệnh/người thân:............................................................. Chữ ký: .........................

Tôi đã giải thích cho người bệnh /người thân có trách nhiệm về bản chất, lợi ích, rủi ro của phương pháp điều trị/chẩn đoán nêu trênHọ tên bác sỹ gây mê:………………………………………………...........Chữ ký..........................

Các nguy cơ có thể xảy ra khi làm giảm đau trong đẻ:

- Hạ huyết áp:

- Bí tiểu

- Ngứa

- Buồn nôn

- Đau đầu

- Tổn thương thần kinh

- Nhiễm trùng

- Khối máu tụ,….