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

GIẤY CAM ĐOAN CHẤP NHẬN PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT/GMHS

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…………………………………………...……………………..  
Sau khi nghe bác sĩ **:**………………………………………(sau đây gọi là Bệnh viện) đã giải thích kỹ về tình trạng sức khỏe, bệnh tật, tổn thương của tôi như sau**:** *(ghi tay kết luận chẩn đoán của bác sĩ)*............………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………  
và các phương pháp điều trị (bao gồm cả phẫu thuật, thuốc và/hoặc các thủ thuật chẩn đoán, điều trị, gây mê, gây tê….) mà Bệnh viện dự kiến áp dụng cho tôi là**:** *(ghi tay các chỉ định của bác sĩ)*……………………………………………………………………………………………………….  
………………………………………………………………………………………………………...........………………………………………………………………………………………………...

- 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 các chi phí liên quan 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/ phẫu thuật viên……………………………..........................Chữ ký : .......................Họ tên bác sỹ gây mê:………………………………………………...........Chữ ký..........................

 **SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM**Independence – Freedom – Happiness

-----------------------------------

**CONSENT TO SURGERY/PROCEDURE/ANESTHESIA**

My name: ................................................................ Age: .......................................... Sex:

Address:

ID Card number/Passport number: ………………………….. Dated: ....../......./...... Issued by:

I am the patient/The representative of patient (full name):

Hospitalized in Room: ...............................; Department:

We understand that doctor: (Here after refered to as *“Hospital”*) has explained detailly about my health, sickness and injury as follows: (*The doctor's diagnosis)*

and the therapeutic methods (including surgery, medications and / or diagnostic, treatment, anesthetic, anesthetic procedures ....) that the Hospital deem necessary and seasonable for me are*: (The doctor's indications):*

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* I have been explained about the nature, benefits and cost of the treatment as well as the potential risks involved, in particular the risk of accute or secondary complications of sickness or suggested procedure.
* I have been explained and understood that the Hospital will provide the treatment with maximum means in the respect of professional protocols for me.
* I have been explained and understood that the Hospital is authorized to provide me with additional services that deem necessary and seasonable and I will bear the cost associated with all services have been done.
* I confim understanding and voluntary written explanation written understakings as evidence of that, I commit with my comprehension (Write “**AGREE**“ or “**DO NOT AGREE**”) ......................................... to receive the treatment mentioned about and I will bear the associated cost and consent to dispense the Hospital with its regal liabilities regarding these sevices.

Date: ………./ ………../ ……………

Patient’s/responsible relative name: ................ Signature: …………………...

I have explained to the patient/responsible relative about nature benefits and the risks involved with the abouve mentioned diagnosis/treatment:

Physician’s name: Signature: …………………

Anesthesiologist name: Signature: ………………….