**Giấy Chấp Thuận Sau Khi Được Thông Tin về Các Thủ Thuật Phẫu Thuật hoặc Chẩn Đoán**

**Tên Bệnh Nhân: Ngày sinh:**

Tôi hiểu và thừa nhận rằng trong quá trình điều trị của tôi ngày hôm nay có thể cần phải thực hiện các thủ thuật sau:

Soi hậu môn, thắt búi trĩ bằng vòng cao su.

**Tôi thừa nhận và hiểu rằng trước khi thực hiện bất kỳ thủ thuật nào, bác sĩ sẽ hướng dẫn cho tôi cụ thể hơn. Bác sĩ sẽ giải thích về chẩn đoán, tôi có thể đưa ra câu hỏi và được trả lời cho những câu hỏi đó. (Các) thủ thuật sẽ chỉ được tiến hành khi tôi đã đồng ý bằng lời nói và ký vào văn bản chấp thuận này.**

**RỦI RO**

Tôi hiểu rằng việc hành nghề y không phải là một môn khoa học chính xác và thừa nhận rằng tôi chưa nhận được bất kỳ sự đảm bảo hoặc lời hứa nào liên quan đến kết quả của (các) thủ thuật. Tôi hiểu rằng do kết quả của quá trình thực hiện thủ thuật, có một rủi ro nhỏ là tôi có thể bị đau, bị các triệu chứng về tiết niệu, mất máu, nhiễm trùng hoặc phản ứng dị ứng, cùng với nguy cơ mắc các triệu chứng xuất huyết tái phát.

Các lợi ích tiềm năng và khả năng thành công với việc chữa trị là rất tốt. Tôi hiểu và thừa nhận rằng có những lựa chọn thay thế cho việc điều trị như (nhưng không giới hạn ở) phẫu thuật xâm lấn, quang đông bằng hồng ngoại, thuốc không kê toa (OTC) và không tìm cách điều trị (tức là sống chung với bệnh). Nếu từ chối làm thủ thuật, tiên lượng trong tương lai là không rõ tại thời điểm này.

Tôi thừa nhận và hiểu rằng trong quá trình thực hiện thủ thuật, tình trạng bệnh có thể phát triển khiến có thể cần mở rộng thủ thuật ban đầu một cách hợp lý, hoặc phải thực hiện (các) thủ thuật không lường trước được hoặc không biết là cần thiết tại thời gian có sự chấp thuận này. Trong trường hợp không lường trước được như vậy, tôi đồng ý cho bác sĩ điều trị của tôi cung cấp việc chữa trị mà bác sĩ thấy là cần thiết về mặt y tế cho tôi.

Tôi thừa nhận và hiểu rằng yêu cầu này và việc chấp thuận các thủ thuật, phẫu thuật và/hoặc chẩn đoán sẽ có hiệu lực đối với bác sĩ chịu trách nhiệm, tất cả nhân viên y tế dưới sự giám sát và kiểm soát trực tiếp của bác sĩ chịu trách nhiệm và với tất cả các nhân viên y tế khác có liên quan trong quá trình điều trị.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi thừa nhận rằng tôi đã đọc văn bản này và đã được đọc cho nghe và/hoặc giải thích cho nghe về văn bản này và tôi hoàn toàn hiểu nội dung văn bản này. Tôi cũng thừa nhận rằng tôi đã được cho cơ hội để đưa ra câu hỏi và tất cả những câu hỏi mà tôi đã đưa ra đều được trả lời hoặc giải thích một cách thỏa đáng. Bằng việc ký văn bản này, tôi thừa nhận rằng tôi hiểu các rủi ro liên quan, lợi ích tiềm năng và các lựa chọn thay thế cho việc điều trị bệnh trĩ và tôi tự nguyện đồng ý cho phép bác sĩ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hoặc bất kỳ bác sĩ nào được chỉ định hoặc lựa chọn bởi bác sĩ này và tất cả các nhân viên khác có thể tham gia thực hiện các thủ thuật về bệnh trĩ để thực hiện các thủ thuật được mô tả hoặc đề cập ở đây. Tôi cũng thừa nhận rằng tôi hiểu và đồng ý với thực tế rằng các nhà cung cấp hoặc các bên quan sát khác có thể có mặt trong quá trình thực hiện (các) thủ thuật dành cho tôi.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chữ ký của Bệnh Nhân hoặc Người Ký đại diện cho Bệnh Nhân Ngày/Giờ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chữ ký của Người Làm Chứng Ngày/Giờ