

## PHIẾU CHẤP THUẬN VỚI ĐẦY ĐỦ THÔNG TIN ĐỐI VỚI GÂY MÊ

Theo đây, tôi cho phép, chấp thuận và yêu cầu **Anesthesia Associates Northwest (AANW)** thực hiện biện pháp gây mê được coi là cần thiết cho thủ thuật của tôi. Tôi đã được trao cơ hội yêu cầu giải đáp hoặc giải quyết các thắc mắc hoặc mối quan ngại của tôi liên quan đến chăm sóc gây mê.

- Thuốc An Thần Sâu (Gây mê tĩnh mạch toàn phần (Total intravenous anaesthesia, TIVA) kết hợp với Propofol) Deep Sedation (TIVA with Propofol):** được tiêm vào mạch máu gây mất ý thức. Bệnh nhân có thể phản ứng có chủ đích sau khi bị kích thích nhiều lần hoặc gây đau. Thở tự nhiên thường được duy trì. Chức năng tim mạch thường được duy trì. Có thể cần can thiệp đường thở.
- Thuốc Nồng Độ Phế Nang Tối Thiểu (Minimum Alveolar Concentration, MAC) (An Thần Có Ý Thức) MAC (Conscious Sedation):** được tiêm vào mạch máu để gây mê mà không làm mất ý thức. Bệnh nhân có thể phản ứng có chủ đích với các lệnh bằng lời nói. Thở tự nhiên được duy trì. Chức năng tim mạch thường được duy trì.

Tôi đã được thông báo và hiểu rằng trong một số trường hợp, việc gây mê sẽ gây ra tác dụng phụ, bao gồm nhưng không giới hạn ở một số biến chứng hiếm gặp. Tôi hiểu rằng trong trường hợp tôi bị biến chứng hiếm gặp, tôi có thể phải nhập viện để được cung cấp dịch vụ chăm sóc liên tục phù hợp.

**Tác Dụng Phụ:**

Viêm họng

Đau cổ /hàm

Buồn nôn và / hoặc nôn mửa

Đau hoặc chấn thương ở vị trí tiêm truyền tĩnh mạch (Intravenous, IV)

Tổn thương răng miệng

Sung

Chảy máu cam

**Biến Chứng Hiếm Gặp:**

Phản ứng thuốc bất lợi

Các vấn đề về hô hấp

Hít thở

Nhịp tim bất thường

Tê liệt

Đau tim / đột quỵ

Tử vong

Huyết áp và / hoặc nhịp tim thấp

Tôi hiểu tầm quan trọng của việc cung cấp cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi bệnh sử đầy đủ, bao gồm tiết lộ thông tin về bất kỳ loại thuốc nào tôi đang dùng, bao gồm cả thuốc kê theo toa và thuốc mua tự do. Tôi cũng hiểu rằng việc tôi sử dụng các loại thuốc thảo dược, đồ uống có cồn hay bất kỳ loại ma túy bất hợp pháp nào có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng, và tôi cũng cần tiết lộ thông tin này. Tôi cũng hiểu rằng tôi cũng cần tiết lộ thông tin về bất kỳ biến chứng nào phát sinh từ các biện pháp gây mê trước đây.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc phiếu này hoặc người khác đã đọc phiếu này cho tôi, rằng tôi hiểu các rủi ro, các giải pháp thay thế và kết quả kỳ vọng của dịch vụ gây mê, rằng tôi có đủ thời gian để đưa ra thắc mắc và cân nhắc về quyết định của mình.

Thông qua việc ký văn bản này, theo đây, tôi xác nhận rằng tôi đã được tư vấn về việc một số loại thuốc gây mê được sử dụng trong quá trình mang thai có thể gây hại cho thai nhi. Tôi đã được trao cơ hội để làm rõ về bất kỳ thắc mắc nào liên quan đến gây mê và/hoặc nội soi trong quá trình mang thai, và tất cả các thắc mắc của tôi đều đã được giải đáp một cách thỏa đáng.

Tôi cũng xác nhận rằng  **Tôi không mang thai**                       **Tôi đang mang thai**                       **Không áp dụng**  
I further represent that    **I am not pregnant**                      **I am pregnant**                      **N/A**

và theo đây cho phép cơ sở chăm sóc sức khỏe và **AANW** thực hiện nội soi đại tràng / nội soi kết hợp với gây mê theo cách mà nhà cung cấp dịch vụ gây mê của tôi cho là phù hợp.

---

Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Đại Diện Hợp  
Pháp  
Patient or Legal Representative Signature

---

Ngày  
Date

---

Giờ  
Time

---

Chữ Ký của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Gây Mê  
Anesthesia Provider's Signature

---

Ngày  
Date

---

Giờ  
Time