

ĐỒNG Ý CÓ HIỂU BIẾT ĐỐI VỚI GÂY MÊ / GÂY TÊ

Bằng văn bản này, tôi cho phép, đồng ý và yêu cầu **Complete Anesthesia Care, LLC (CAC)** thực hiện việc gây mê/gây tê được xem là cần thiết đối với thủ thuật của tôi. Tôi đã được tạo điều kiện để đặt ra và được giải đáp đầy đủ mọi câu hỏi hoặc mối quan ngại liên quan đến việc chăm sóc gây mê của mình. Tôi hiểu rằng Complete Anesthesia Care không phải là đại diện của Northwest Gastroenterology Clinic hay NGC Endoscopy Services, LLC.

- **An thần sâu (Gây mê hoàn toàn đường tĩnh mạch (TIVA) bằng propofol):** thuốc được tiêm vào dòng chảy của máu gây mất ý thức. Bệnh nhân có thể phản ứng có chủ đích khi bị kích thích lặp lại hoặc gây đau. Thông thường vẫn duy trì được hô hấp tự nhiên. Chức năng tim mạch thường được duy trì. Có thể cần can thiệp đường thở.
- **MAC (an thần tĩnh):** thuốc được tiêm vào dòng chảy của máu nhằm tạo trạng thái an thần mà không làm mất ý thức. Bệnh nhân có thể phản ứng có chủ đích theo mệnh lệnh bằng lời nói. Hô hấp tự nhiên được duy trì. Chức năng tim mạch thường được duy trì.

Tôi đã được thông báo và hiểu rằng đôi khi có thể xảy ra các tác dụng phụ do gây mê/gây tê, bao gồm nhưng không giới hạn ở một số biến chứng hiếm gặp. Tôi hiểu rằng trong những trường hợp hiếm gặp, các biến chứng có thể cần nhập viện để được chăm sóc và theo dõi phù hợp.

Tác dụng phụ:

Đau họng
Đau cổ/hàm
Buồn nôn và/hoặc nôn ói
Đau hoặc tổn thương tại vị trí truyền tĩnh mạch (IV)
Tổn thương răng
Sưng
Chảy máu mũi

Biến chứng hiếm gặp:

Phản ứng bất lợi với thuốc
Các vấn đề về hô hấp
Hít sặc
Huyết áp thấp và/hoặc nhịp tim chậm
Rối loạn nhịp tim
Liệt
Nhồi máu cơ tim/đột quỵ
Tử vong

Tôi hiểu tầm quan trọng của việc cung cấp cho các nhân viên y tế đầy đủ tiền sử bệnh, bao gồm việc khai báo tất cả các loại thuốc tôi đang sử dụng, cả thuốc kê toa lẫn không kê toa. Tôi cũng hiểu rằng việc sử dụng các thảo dược, rượu bia hoặc bất kỳ loại chất cấm nào có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng và phải được khai báo. Ngoài ra, tôi hiểu rằng mình cũng cần thông báo về bất kỳ biến chứng nào đã xảy ra trong những lần gây mê trước đây.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc tài liệu này, hoặc tài liệu đã được đọc cho tôi nghe; tôi hiểu các rủi ro, các lựa chọn thay thế và kết quả dự kiến của dịch vụ gây mê/gây tê, và tôi đã có đủ thời gian để đặt câu hỏi cũng như cân nhắc quyết định của mình.

Bằng việc ký vào tài liệu này, tôi xác nhận rằng tôi đã được tư vấn rằng một số loại thuốc gây mê khi sử dụng trong tam cá nguyệt thứ nhất hoặc thứ ba của thai kỳ có thể gây hại cho thai nhi. Tôi đã có cơ hội làm rõ mọi câu hỏi liên quan đến gây mê và/hoặc nội soi trong thời kỳ mang thai, và tất cả các câu hỏi của tôi đã được giải đáp một cách thỏa đáng.

Tôi cũng xác nhận rằng: **Tôi không mang thai** **Tôi đang mang thai** **Không áp dụng**

Và bằng văn bản này, tôi cho phép NGC Endoscopy Services và CAC thực hiện **nội soi đại tràng** / **nội soi dạ dày** có gây mê/gây tê, theo đánh giá phù hợp của người cung cấp dịch vụ gây mê.

Chữ ký bệnh nhân

Ngày

Giờ

Cha/mẹ hoặc người giám hộ, nếu cần

Ngày

Giờ

Chữ ký người cung cấp dịch vụ gây mê

Ngày

Giờ