



Đơn đồng ý làm thủ thuật phá thai

TÊN CƠ SỞ

TÊN BỆNH NHÂN (vui lòng viết chữ in hoa)

I.D BỆNH NHÂN. SỐ (chỉ dành cho văn phòng)

Lượt Massachusetts yêu cầu bạn ký vào đơn đồng ý đã được thông báo này do Sở Y tế Công cộng Massachusetts (MDPH) soạn thảo.

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc, hiểu và đồng ý với các điều sau:

- Tôi đồng ý với thủ thuật phá thai, thủ thuật này sẽ chấm dứt thai kỳ của tôi.
- Tôi có thể được gây tê cục bộ (vùng nhỏ trên cơ thể), tổng quát (toàn bộ cơ thể), hoặc gây mê khác để giúp cho quá trình làm thủ thuật thoải mái hơn. Tôi hiểu rằng gây mê toàn thân và gây mê khác có nhiều rủi ro hơn gây mê cục bộ.
- Tôi hiểu rằng các biến chứng hiếm khi xảy ra với thủ thuật phá thai và có thể bao gồm:
 - nhiễm trùng;
 - chảy máu nhiều (xuất huyết);
 - thai hoặc một phần thai còn sót lại trong tử cung của tôi;
 - phản ứng với thuốc;
 - sự cố đông máu;
 - một vết rách ở cổ tử cung hoặc tử cung;
 - tổn thương các cơ quan lân cận;
 - cắt bỏ tử cung (cắt tử cung) hoặc;
 - tử vong, điều này là cực hiếm.
- Tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi và nói về mối quan tâm của tôi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Tôi biết cách liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi, nếu cần.

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN

NGÀY

CHỮ KÝ CỦA CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ (nếu bệnh nhân dưới 16 tuổi và chưa từng kết hôn)

NGÀY

☐ Đã nhận được sự ủy quyền của tòa án.

Đơn này sẽ chỉ được cơ sở lưu giữ là một phần của hồ sơ y tế bí mật của bạn.