



Queensland  
Government

**Transvaginal Ultrasound Consent  
(Vietnamese) – Ừng Thuận Siêu Âm  
Qua Âm Đạo**

Facility: .....

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

**A. Bệnh nhân có khả năng không?**

**Phần điền đơn chỉ dành cho bệnh nhân TRƯỜNG THÀNH**

Có → **CHUYỂN QUA** mục B

Không → **ĐIỀN VÀO** mục A

Quý vị phải tuân theo Kế Hoạch Chăm Sóc Tương Lai (AHD), hoặc nếu không có AHD, thì người được chấp thuận thay mặt để quyết định cho quý vị sẽ theo thứ tự như sau: Thẻ loại 1. Người giám hộ do Tòa án chỉ định; 2. Người được ủy quyền trong giấy ủy quyền dài hạn; hoặc 3. Người được ủy quyền trong giấy ủy quyền y tế theo luật.

Tên của người thay mặt để quyết định:

Thẻ loại người thay mặt để quyết định (một trong ba thẻ loại nêu trên):

**Phần điền đơn chỉ dành cho bệnh nhân TRẺ EM/THIẾU NIÊN**

Có Mặc dù bệnh nhân là trẻ em/trẻ vị thành niên, bệnh nhân có thể có khả năng đưa ra sự đồng ý sau khi đã được cung cấp thông tin. Bệnh nhân đủ trưởng thành, hiểu biết và trí thông minh để nhận thức đầy đủ về bản chất, hậu quả và nguy cơ của thủ thuật/điều trị/xét nghiệm/kiểm tra được đề xuất, và hậu quả của việc không tiếp nhận điều trị - 'Năng lực Gillick' (*Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority [1986] AC 112*)

→ **CHUYỂN QUA** mục B

Không Phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/người được ủy quyền khác\* có quyền và trách nhiệm thay mặt phụ huynh đồng ý và điền vào đơn này

→ **ĐIỀN VÀO** mục A

\*Các thỏa thuận chính thức, như án lệnh nuôi dạy con/quyền giám hộ, nhận con nuôi, hoặc các thỏa thuận khác để làm người chăm sóc/giám hộ được chính thức công nhận. Tham khảo 'Hướng Dẫn Để Quyết Định, Sau Khi Được Cung Cấp Thông Tin Về Việc Chăm Sóc Sức Khỏe' của Bộ Y Tế Queensland và chính sách, thủ tục địa phương. Hãy hoàn tất việc xác nhận thẩm quyền đưa ra quyết định, nếu thích hợp dưới đây.

Nếu thích hợp, hãy xác nhận nguồn gốc thẩm quyền đưa ra quyết định (đánh dấu vào một ô):

Lệnh của tòa án →  Lệnh tòa án đã được xác minh

Người giám hộ hợp pháp →  Tài liệu đã được xác minh

Người được ủy quyền khác\* →  Tài liệu đã được xác minh

Tên của phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/người được ủy quyền khác\*:

Mối quan hệ với trẻ em/trẻ vị thành niên:

**B. Có cần thông dịch viên không?**

Nếu cần, thì thông dịch viên đã:

trực tiếp dịch đơn đồng ý

dịch đơn đồng ý qua điện thoại

Tên người thông dịch:

Mã số của thông dịch viên: Ngôn ngữ:

**C. Bệnh nhân/người thay mặt để quyết định/phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/Người được ủy quyền khác\* yêu cầu các thủ tục sau**

Siêu âm qua âm đạo

**D. Những nguy cơ cụ thể đối với bệnh nhân khi siêu âm qua âm đạo**

(Bác sĩ/nhân viên y tế ghi thêm các nguy cơ không có trong tờ thông tin cho bệnh nhân):

**E. Những nguy cơ cụ thể đối với bệnh nhân không làm siêu âm qua âm đạo**

(Bác sĩ/nhân viên y tế ghi lại những nguy cơ cụ thể, nếu không làm siêu âm qua âm đạo)

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

v3.00 [Translated: 2023]  
Clinical content review: 2017  
Clinical check: 11/2020  
Published: 05/2021



SW9459

TRANSVAGINAL ULTRASOUND CONSENT



Transvaginal Ultrasound Consent (Vietnamese) – Ứng Thuận Siêu Âm Qua Âm Đạo

(Affix identification label here)

URN:
Family name:
Given name(s):
Address:
Date of birth: Sex: [ ] M [ ] F [ ] I

F. Các phương án điều trị thay thế

(Bác sĩ/nhân viên y tế ghi lại phương pháp điều trị thay thế không có trong tờ thông tin cho bệnh nhân):

[Empty box for alternative treatment options]

G. Thông tin cho bác sĩ/nhân viên y tế

Thông tin trong đơn đồng ý không nhằm mục đích thay thế cho việc trao đổi trực tiếp giữa bác sĩ/nhân viên y tế và bệnh nhân/người thay mặt để quyết định/phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/người được ủy quyền khác\*.

Tôi đã giải thích cho bệnh nhân/phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/người được ủy quyền khác\* nội dung của đơn này, và tôi tin rằng họ đã hiểu các thông tin này.

Tên bác sĩ/nhân viên y tế:

[Text box for doctor name]

Chức vị:

[Text box for position]

Chữ ký:

Ngày:

[Text box for signature]

[Text box for date]

H. Bệnh nhân/người thay mặt để quyết định đồng ý

Tôi xác nhận rằng bác sĩ/nhân viên y tế đã giải thích:

- tờ thông tin về "siêu âm qua âm đạo" cho bệnh nhân
tình trạng sức khỏe của bệnh nhân và phương án điều trị được đề xuất, kể cả khả năng tiến hành thêm (các) phương án điều trị bổ sung
những nguy cơ và lợi ích cụ thể nếu làm thủ thuật
tiên lượng và nguy cơ nếu không làm thủ thuật
các phương án điều trị thay thế
không cam đoan rằng việc tiến hành thủ thuật sẽ cải thiện tình trạng sức khỏe
nếu có sự cố đe dọa tính mạng xảy ra trong quá trình làm thủ thuật thì:
- bệnh nhân trưởng thành sẽ được điều trị dựa trên các cuộc thảo luận đã được ghi lại (ví dụ: AHD hoặc ARP [Kế Hoạch Hồi Sức Cấp Tính])
- phương pháp chăm sóc sức khỏe cho trẻ em/trẻ vị thành niên sẽ phù hợp với thực hành y khoa tốt, vì lợi ích tốt nhất của bệnh nhân
bác sĩ/nhân viên y tế, thay vì là bác sĩ hội chẩn/chuyên khoa, có thể hỗ trợ/tiến hành làm thủ thuật/điều trị/xét nghiệm/kiểm tra phù hợp về mặt y khoa. Việc này có thể do một bác sĩ/nhân viên y tế đang trong quá trình đào tạo thêm thực hiện dưới sự giám sát.
nếu bác sĩ/nhân viên y tế muốn quay phim, ghi âm hoặc chụp ảnh trong quá trình thủ thuật mà trong đó việc quay phim, ghi âm hoặc chụp ảnh không nằm trong mục đích điều trị (ví dụ cho mục đích đào tạo hoặc nghiên cứu), tôi sẽ được yêu cầu ký tên vào đơn đồng ý riêng. Nếu tôi chọn không đồng ý, điều đó cũng không có ảnh hưởng bất lợi đến việc tiếp cận, kết quả hoặc quyền được điều trị của tôi dưới bất kỳ hình thức nào.

Tôi đã được đặt câu hỏi và nêu lên những thắc mắc với bác sĩ/nhân viên y.

Tôi hiểu rằng tôi có quyền thay đổi quyết định chấp thuận của mình bất cứ lúc nào, kể cả sau khi đã ký vào đơn này (sau khi tham khảo ý kiến của bác sĩ/nhân viên y tế).

Chỉ điền cho bệnh nhân TRƯỞNG THÀNH

Tôi/phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/người khác được ủy quyền\* đã nhận được đơn đồng ý và (các) tờ thông tin cho bệnh nhân:

[ ] "Siêu âm qua âm đạo"

Dựa vào các tuyên bố nêu trên,

1) Tôi/người thay mặt để quyết định đồng ý tiếp nhận "siêu âm qua âm đạo"

Tên của bệnh nhân/phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/người khác được ủy quyền\*:

[Text box for name]

Chữ ký:

Ngày:

[Text box for signature]

[Text box for date]

Chỉ điền cho bệnh nhân TRẺ EM/THIẾU NIÊN:

1) Tôi/phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/người được ủy quyền\* đồng ý với thủ thuật siêu âm qua âm đạo

Tên của bệnh nhân/phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/người khác được ủy quyền\*:

[Text box for name]

Chữ ký:

Ngày:

[Text box for signature]

[Text box for date]

[ ] Tôi nhận thức không có bất kỳ lý do nào khác ngăn cản tôi đồng ý cho trẻ em/trẻ vị thành niên tiếp nhận phương pháp điều trị này (không áp dụng nếu trẻ em/trẻ vị thành niên có đủ năng lực Gillick và ký tên vào đơn này).

2) Việc sinh viên khám bệnh/tham gia thủ thuật là nhằm mục đích đào tạo chuyên nghiệp:

Với mục đích đào tạo, (các) sinh viên y khoa có thể quan sát (các) buổi khám bệnh hoặc (các) thủ thuật y tế, và tùy theo sự đồng ý của Bệnh nhân/phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/người khác được ủy quyền khác\*, có thể tham gia hỗ trợ/khám bệnh hoặc thực hiện thủ thuật trong khi bệnh nhân được gây mê.

Tôi/phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/người được ủy quyền khác\* đồng ý cho (các) sinh viên y khoa đang được đào tạo:

- quan sát (các) buổi khám bệnh/(các) thủ thuật [ ] Có [ ] Không
hỗ trợ (các) buổi khám bệnh/(các) thủ thuật [ ] Có [ ] Không
tiến hành (các) buổi khám bệnh/(các) thủ thuật [ ] Có [ ] Không

# Transvaginal ultrasound (Vietnamese) - Ứng Thuận Siêu Âm Qua Âm Đạo

Adult and Child/Young Person | Informed consent: patient information

Bệnh nhân/người thay mặt để quyết định/phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/người khác được ủy quyền khác\* sẽ giữ một bản sao của tờ thông tin này. Sau khi đọc kỹ, họ sẽ có thời gian để đặt câu hỏi liên quan đến thủ thuật. Đơn đồng ý và tờ thông tin cho bệnh nhân được lưu trữ trong hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.



## 1. Siêu âm qua âm đạo là gì và nó sẽ giúp ích gì cho tôi/bệnh nhân?

Quét siêu âm sử dụng sóng âm thanh tần số cao (siêu âm) để quan sát các cơ quan nội tạng. Sóng siêu âm được phát ra từ đầu dò và chuyển tiếp trở lại máy siêu âm, để tạo ra hình ảnh trên màn hình.

Siêu âm qua âm đạo sử dụng thiết bị đầu dò được thiết kế đặc biệt để đưa vào trong âm đạo. Tử cung và buồng trứng nằm sâu dưới bề mặt của bụng. Việc đưa đầu dò vào âm đạo cho phép các cơ quan vùng chậu này được quan sát gần hơn (và cung cấp hình ảnh chi tiết hơn) về các cơ quan vùng chậu. Tiến trình siêu âm qua âm đạo thường kéo dài từ 10 đến 15 phút, đôi khi có thể lâu hơn. Quý vị có thể ngưng siêu âm bất cứ lúc nào, nếu không muốn tiếp tục thủ thuật này.

Quý vị có thể cảm thấy đau nhẹ và khó chịu trong khi quét siêu âm qua âm đạo. Nếu siêu âm quét vào chỗ đang đau, thì quý vị có thể cảm thấy chút áp lực. Nếu có triệu chứng nào khác ngoài các cơn đau nhẹ trong quá trình siêu âm, xin vui lòng thông báo cho chuyên viên siêu âm/bác sĩ biết.

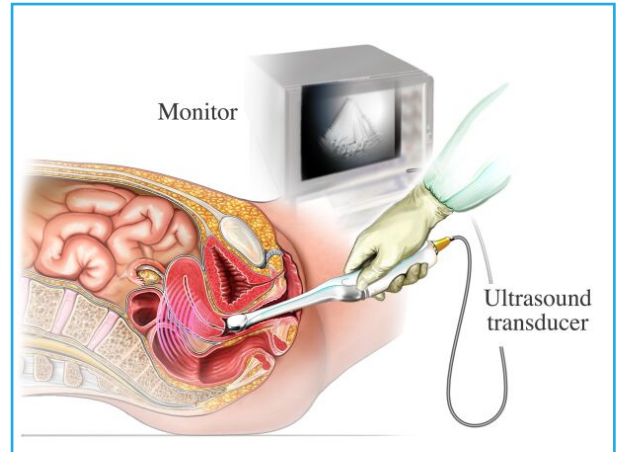


Image 1: Transvaginal ultrasound.

Illustration Copyright © 2019 Nucleus Medical Media, All rights reserved. [www.nucleusmedicalmedia.com](http://www.nucleusmedicalmedia.com)

## Chuẩn bị trước khi làm thủ thuật

Quý vị sẽ được yêu cầu đi vệ sinh để làm trống bàng quang, trước khi tiến hành siêu âm qua âm đạo. Có thể quý vị cần phải mặc áo choàng của bệnh viện. Quý vị phải lấy băng vệ sinh và cốc nguyệt san, quý vị phải lấy ra trước khi siêu âm.

## Trong quá trình làm thủ thuật

Phòng siêu âm sẽ để đèn mờ, để nhìn rõ hình ảnh trên màn hình siêu âm. Nhân viên y tế thứ hai có thể ở trong phòng trong khi quý vị đang siêu âm.

Đầu dò sẽ được gắn một lớp bảo vệ hoặc bao cao su có thoa gel để làm trơn, để dễ đưa vào âm đạo.

Quý vị sẽ được yêu cầu nằm trên giường khám bệnh. Quý vị sẽ được đắp một tấm vải. Quý vị sẽ được yêu cầu co hai chân lên, và đầu dò sẽ được đưa vào âm đạo. Chuyên viên siêu âm/bác sĩ có thể yêu cầu quý vị hỗ trợ với việc đưa đầu dò vào. Xin vui lòng cho nhân viên biết, nếu quý vị bị dị ứng với nhựa latex.

Chuyên viên siêu âm/bác sĩ sẽ di chuyển đầu dò trong suốt quá trình khám nghiệm, để hình dung cấu trúc của xương chậu. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào trong quá trình khám nghiệm, xin vui lòng thông báo cho chuyên viên siêu âm/bác sĩ đang khám cho quý vị biết.



## 2. Có thể có những nguy cơ nào?

Không có nguy cơ nào được ghi nhận về việc siêu âm qua âm đạo. Đầu dò được làm sạch bằng chất khử trùng ở mức độ cao, sau mỗi lần sử dụng và được bọc bằng bao đầy đầu dò hoặc bao cao su được sử dụng một lần.

Tùy vào tình trạng sức khỏe cá nhân, quý vị có thể gặp phải những nguy cơ khác. Xin vui lòng thảo luận với chuyên viên siêu âm/bác sĩ về các nguy cơ này và đảm bảo rằng chúng được ghi vào đơn đồng ý, trước khi quý vị ký tên.

Thủ thuật này không yêu cầu việc gây mê.

### Nguy cơ của việc không siêu âm qua âm đạo là gì?

Có thể có hậu quả xảy ra, nếu quý vị chọn không làm thủ thuật/điều trị/xét nghiệm/kiểm tra như đã được đề xuất. Xin vui lòng thảo luận về những điều này với bác sĩ/nhân viên y tế.

Nếu chọn không làm thủ thuật, thì quý vị không cần phải ký tên vào đơn đồng ý làm thủ thuật.

Nếu đã ký tên vào đơn đồng ý, quý vị có quyền thay đổi quyết định của mình bất cứ lúc nào, trước khi làm thủ thuật/điều trị/xét nghiệm/kiểm tra. Xin vui lòng liên hệ với bác sĩ/nhân viên y tế để thảo luận.



## 3. Có các phương án thay thế không?

Bệnh nhân/người thay mặt để quyết định/ phụ huynh/người giám hộ/người được ủy quyền khác\* phải hiểu rõ các phương án sẵn có, trước khi đưa ra quyết định thực hiện thủ thuật. Xin vui lòng thảo luận với bác sĩ/nhân viên y tế về các phương án điều trị thay thế, trước khi ký tên vào đơn đồng ý.



## 4. Sau khi làm thủ thuật, tôi nên làm gì?

Nhóm chăm sóc sức khỏe sẽ nói chuyện với quý vị về những gì quý vị nên làm, sau khi tiến hành thủ thuật và khi quý vị xuất viện.



## 5. Ai sẽ là người thực hiện thủ thuật?

Một bác sĩ/nhân viên y tế, thay vì là bác sĩ hội chẩn/chuyên khoa, có thể hỗ trợ/tiến hành thủ thuật/điều trị/xét nghiệm/kiểm tra phù hợp về mặt y khoa. Thủ thuật này có thể do một bác sĩ/nhân viên y tế đang trong quá trình đào tạo thêm thực hiện, dưới sự giám sát theo hướng dẫn chuyên môn.

Nếu quý vị có thắc mắc về việc bác sĩ/nhân viên y tế nào sẽ thực hiện thủ thuật, xin vui lòng thảo luận với bác sĩ/nhân viên y tế.

Với mục đích đào tạo chuyên môn trong việc giảng dạy tại bệnh viện này, (các) sinh viên y khoa có thể quan sát (các) buổi khám bệnh hoặc (các) thủ thuật y tế, và tùy theo sự đồng ý của quý vị, cũng có thể hỗ trợ/khám bệnh hoặc làm thủ thuật trong khi bệnh nhân đang được gây mê.

Nếu quý vị không đồng ý, thì điều đó cũng không có ảnh hưởng bất lợi đến việc tiếp cận, kết quả hoặc quyền được điều trị của quý vị dưới bất kỳ hình thức nào. Quý vị không có nghĩa vụ phải đồng ý với (các) buổi khám bệnh hoặc (các) thủ thuật do (các) sinh viên y khoa thực hiện với mục đích đào tạo.



## 6. Tôi có thể tìm sự hỗ trợ hoặc tìm hiểu thêm thông tin ở đâu?

Quý vị có thể tham khảo trang mạng của Bộ Y Tế Queensland [www.qld.gov.au/health/services/hospital-care/before-after](http://www.qld.gov.au/health/services/hospital-care/before-after) để tìm hiểu về các quyền lợi chăm sóc sức khỏe của mình trước, trong khi và sau khi tiếp nhận chăm sóc tại bệnh viện.

Nhân viên luôn sẵn sàng hỗ trợ các nhu cầu về văn hóa và tinh thần của bệnh nhân. Nếu quý vị muốn được hỗ trợ về văn hóa hoặc tinh thần, xin vui lòng thảo luận với bác sĩ/nhân viên y tế của mình.

Bộ Y Tế Queensland công nhận rằng bệnh nhân Thổ dân và Cư dân đảo Torres Strait sẽ được chăm sóc y tế tốt nhất, khi văn hóa của họ được kết hợp trong quá trình đưa ra quyết định chung.



## 7. Câu hỏi

Xin vui lòng hỏi bác sĩ/bác sĩ/nhân viên y tế về bất kỳ vấn đề nào mà quý vị chưa hiểu trong tờ thông tin cho bệnh nhân, hoặc nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến tình trạng sức khỏe của mình/bệnh nhân, các phương án điều trị và thủ thuật/điều trị/xét nghiệm/kiểm tra được đề xuất.



## 8. Liên hệ với chúng tôi

**Trong trường hợp khẩn cấp, hãy gọi Ba Số Không (000).**

Nếu không phải là trường hợp khẩn cấp, nhưng quý vị lo ngại, hãy liên hệ với 13 HEALTH (13 43 25 84), 24 tiếng trong ngày, 7 ngày trong tuần.