Queensland Government

Additional Student Consent for Intimate Procedures (Vietnamese) – Đơn Bổ Sung Đồng Ý Cho Sinh Viên Tham Gia Thủ Thuật Ở Vùng Kín

Adult (18 years and over)

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?

☐ Có ➔ ***CHUYỂN QUA*** *mục B*

☐ Không ➔ ***ĐIỀN VÀO*** *mục A*

Quý vị phải tuân theo Nguyện Vọng Điều Trị Tương Lai (AHD), hoặc nếu không có AHD, thì sự đồng ý của người thay mặt để quyết định sẽ theo thứ tự sau: 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:

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

B. Đồng ý trước đó

Quý vị đã ký tên vào đơn đồng ý cho thủ thuật của mình. Đơn đồng ý bổ sung này yêu cầu quý vị đồng ý cho (các) sinh viên lâm sàng quan sát/hỗ trợ và/hoặc thực hiện (các) buổi khám bệnh hoặc (các) thủ thuật ở những vùng kín, vì mục đích giáo dục.

Thủ thuật ở vùng kín liên quan đến thủ thuật được thực hiện ở các vùng kín, thường là ngực, cơ quan sinh dục hoặc khám bên trong (âm đạo hoặc trực tràng). Các giá trị văn hóa và đức tin của bệnh nhân cũng có thể xác định những bộ phận nào được coi là vùng kín.

C. Việc sinh viên khám bệnh/tham gia vào thủ thuật là nhằm mục đích đào tạo chuyên nghiệp:

Với mục đích đào tạo, (các) sinh viên lâm sàng có thể quan sát (các) buổi khám bệnh hoặc (các) thủ thuật y tế, và tùy theo sự đồng ý của quý vị, có thể tham gia hỗ trợ/khám bệnh hoặc thực hiện thủ thuật trong khi bệnh nhân được gây mê.

Tôi/người thay mặt để quyết định đồng ý cho (các) sinh viên lâm sàng 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

Bệnh nhân/người thay mặt đã đồng ý

Tên bệnh nhân/người thay mặt để quyết định:

Chữ ký: Ngày:

D. Thông tin cho bác sĩ/bác sĩ lâm sàng

Tôi đã giải thích cho bệnh nhân/phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/người khác được ủy quyền* thông tin bổ sung này, và tôi tin rằng họ đã hiểu.

Tên bác sĩ/bác sĩ lâm sàng:

Chức vị:

Chữ ký: Ngày:

© The State of Queensland (Queensland Health) 2021
Except as permitted under the *Copyright Act 1968*, no part of this work may be reproduced communicated or adapted without permission from Queensland Health
To request permission email: ip_officer@health.qld.gov.au

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

v2.00 [Translated: 2023]
Clinical content review: 2019
Clinical check: 10/2020
Published: 01/2021

SW9489

ADDITIONAL STUDENT CONSENT FOR INTIMATE PROCEDURES