



Queensland Government

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

Child/Young Person (under 18 years)

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 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 khác được ủy quyền* có quyền và trách nhiệm thay mặt phụ huynh đồng ý và điền 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. Xin 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 của 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 pháp
 Người khác được ủy quyền* → Tài liệu đã được xác minh

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

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

B. Đồng ý trước đó

Quý vị đã ký 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) việc 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 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 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 /phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/người khác được ủy quyền* 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/phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/người khác được ủy quyền* đồng ý

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

Chữ ký:

Ngày:

Tôi không có bất kỳ lý do pháp lý hay 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*).

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: