

TỜ ĐÍNH KÈM II: THỎA THUẬN GIỮA BỆNH NHÂN/PHỤ HUYNH-NHÀ CUNG CẤP

Thỏa Thuận Liệu Pháp Chống Đông giữa Bệnh Nhân-Nhà Cung Cấp

Bác sĩ đã khuyên bạn nên được điều trị bằng liệu pháp chống đông, như vậy có nghĩa là bạn sẽ sử dụng thuốc để ngăn ngừa máu đông thành huyết khối. Warfarin (cũng mang tên Coumadin®) và heparin phân tử thấp (LMWH) đều là các loại thuốc chống đông. Khi được sử dụng đúng cách và dưới sự kiểm soát chặt chẽ, những loại thuốc này giúp ngăn ngừa máu đông cục. Những huyết khối tai hại này có thể gây tai biến mạch máu não hoặc hủy hoại những cơ phận quan trọng.

Bác sĩ đã khuyên bạn nên sử dụng (hãy đánh dấu vào những phần thích ứng sau đây)

- Warfarin** **Heparin Phân Tử Thấp (LMWH)**

Đây là những loại thuốc có thể gây nguy hiểm. Khi không được sử dụng đúng cách hoặc không được thử máu thường xuyên, chúng có thể gây ra những hiệu ứng phụ nghiêm trọng, có thể bao gồm chảy máu nội tạng hoặc huyết khối và có thể dẫn đến tử vong trong một vài trường hợp.

Khi được sử dụng kỹ lưỡng và đúng liều lượng, chúng có thể trở thành những loại thuốc an toàn và hữu ích. Mỗi người một khác và liều lượng thuốc bạn cần đôi lúc sẽ phải thay đổi. Bởi những lý do này, điều quan trọng là mỗi vài tuần lễ chúng tôi lại khám cho bạn và cho bạn thử máu.

Văn kiện này là một thỏa thuận giữa _____ (Tên Họ Bệnh Nhân)
và Viện Chống Đông của UCDMC (Viện). Mục đích của sự thỏa thuận này là để bảo đảm rằng bạn sẽ có được sự chăm sóc tốt nhất và để giúp bạn thu hoạch được lợi ích tối đa của loại thuốc này.

Để đạt được mục tiêu này, tôi xin hứa những điều sau đây với Viện Chống Đông:

- Tôi phải có một bác sĩ chăm sóc chính ở UC Davis.
- Tôi đồng ý đưa cho Viện số điện thoại của tôi và một số điện thoại thứ hai để họ liên lạc.
- Nếu Viện gọi cho tôi, tôi hứa sẽ gọi lại cho họ.
- Tôi đồng ý đưa cho Viện tên và số điện thoại của tiệm thuốc tôi thường sử dụng.
- Tôi sẽ dùng thuốc đúng theo cách dặn của Viện.
- Tôi sẽ KHÔNG để bác sĩ chăm sóc chính hoặc bất cứ nhà cung cấp y tế nào của tôi điều chỉnh liều lượng thuốc trừ phi tôi đã bàn TRƯỚC về sự thay đổi này với Viện. Điều này có thể được miễn trong những trường hợp cấp cứu, nhưng tôi biết rằng tôi phải thông báo cho Viện bất cứ những thay đổi về số lượng hoặc loại thuốc tôi dùng.

TỜ ĐÍNH KÈM II: THỎA THUẬN GIỮA BỆNH NHÂN/PHU HUYNH-NHÀ CUNG CẤP TRANG 2

- Tôi sẽ thông báo cho Viện biết nếu tôi cần ngưng dùng thuốc bởi vì tôi sắp có một cuộc thủ thuật y tế hoặc bất cứ một lý do nào khác.
- Tôi sẽ thông báo cho Viện biết những thay đổi về bất cứ loại thuốc nào, kể cả các loại thuốc được thảo/phi qui ước, hoặc thuốc không cần toa mà tôi đang dùng, hoặc một loại thuốc mới theo toa của bác sĩ.
- Nếu tôi có uống rượu bia, tôi hứa sẽ chỉ dùng một cách điều độ và với sự kiên định và sẽ báo cáo tất cả những thay đổi về số lượng tôi dùng với Viện.
- Các Bệnh Nhân Nữ Giới: Tôi hiểu rằng liệu pháp chống đông trong lúc thai kỳ có thể có hại đến thai nhi đang lớn. Hiện giờ tôi không có thai và sẽ thông báo cho Viện biết nếu tôi có bầu.
- Tôi sẽ liên hệ với Viện nếu tôi có những vấn đề chẳng hạn như:
 - Chảy máu từ nướu răng hoặc mũi mà không ngừng.
 - Nước tiểu màu đỏ hoặc nâu
 - Phân màu đỏ hoặc đen (giống như nhựa đường)
 - Ói ra máu hoặc bất cứ cái gì giống như “bã cà phê cũ”
 - Những chỗ trầy chảy máu không ngừng và những vết bầm ngày càng lớn ra
 - Bị chảy máu kinh quá nhiều hoặc chảy máu ở âm đạo
 - Bị đau đầu nặng hoặc có cảm giác choáng váng, chóng mặt hoặc mất sức
 - Bị té và đập đầu
 - Bỏ uống 2 phân lượng thuốc trong một tuần lễ
- Tôi cam kết rằng nếu tôi đi thử máu tại một phòng thí nghiệm không thuộc UCD, thì tôi phải gọi cho Viện để báo cho họ biết tên của phòng thí nghiệm đó và ngày thử máu.
- Tôi sẽ gọi điện cho Viện nếu tôi không nhận được những lời chỉ dẫn 48 tiếng sau khi được thử máu tại UCD hoặc một phòng thí nghiệm nào khác.
- Tôi sẽ để nhân viên y tế khám nếu tôi có sự chảy máu vô cớ.

Tôi đồng ý rằng nếu tôi không giữ những lời hứa trong tờ thỏa thuận này, hoặc tôi không tuân theo những lời chỉ dẫn của Viện, thì Viện có thể ngưng liệu pháp chống đông của tôi hoặc có thể trục xuất tôi ra khỏi Viện.

Số Điện Thoại của Viện 916-734-8158

Chữ ký dưới đây của tôi sẽ xác nhận là tôi đã có đủ thì giờ để suy nghĩ về những điều kiện trong tờ thỏa thuận này, đã được trả lời thỏa đáng cho những câu hỏi của mình và chấp nhận TẤT CẢ những điều kiện nêu trên để được nhận sự quản lý chống đông tại UCDCMC.

Chữ Ký Bệnh Nhân _____ Ngày: _____

Chữ Ký Người Đại Diện Bệnh Nhân _____

TỜ ĐÍNH KÈM II: THỎA THUẬN GIỮA BỆNH NHÂN/PHU HUYNH-NHÀ CUNG CẤP TRANG 3

Tên Bệnh Nhân Viết Theo Chữ In:

_____ Ngày: _____
Chữ Ký Dược Sĩ Viện Chông Đông

_____ Ngày: _____
Chữ Ký Thông Dịch Viên (nếu cần)