

Thỏa Thuận Đã Hiểu Rõ Về Nội Soi Đường Tiêu Hóa

Giải Thích Về Thủ Thuật

Việc trực tiếp hình dung đường tiêu hóa với các thiết bị có đèn được gọi là nội soi đường tiêu hóa. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị khuyến nghị nên làm loại kiểm tra này. Các thông tin sau được trình bày để giúp quý vị hiểu lý do và những rủi ro có thể có của các thủ thuật này. Trong thời gian khám, niêm mạc của đoạn thích hợp trên đường tiêu hóa sẽ được kiểm tra một cách kỹ lưỡng và có thể được chụp ảnh/quay phim. Nếu có sự bất thường được nhìn thấy hoặc nghi ngờ, một phần nhỏ của mô (sinh thiết) có thể được lấy ra để phân tích dưới kính hiển vi. Khối u (như các mụn thịt polip), nếu nhìn thấy, có thể được cắt bỏ.

Để giữ cho quý vị thoải mái trong lúc thủ thuật, bác sĩ của bạn hoặc y tá dưới chỉ dẫn của bác sĩ sẽ cho liều thuốc được coi là an thần ở mức vừa phải (vẫn còn tỉnh táo). Nếu nhà cung cấp của quý vị cảm thấy cần thiết, bác sĩ gây mê sẽ có mặt để cho thuốc an thần.

Mô Tả Tóm Tắt Các Thủ Thuật Nội Soi

- EGD (Nội Soi Thực Quản, Dạ Dày và Tá Tràng):** Khám nghiệm thực quản, dạ dày, và tá tràng. Nếu tìm thấy máu xuất huyết đang xảy ra, trị liệu để cầm máu có thể được cung cấp.
- Giãn Nở Thực Quản:** Các ống hoặc bóng làm giãn được sử dụng để duỗi căng thực quản.
- Thắt Tĩnh Mạch Bị Dẫn Của Thực Quản hoặc Thắt Trĩ:** Một giầy cao su được cột xung quanh phần tĩnh mạch bị dẫn/trĩ để giảm lưu lượng máu đến tĩnh mạch, do đó ngăn ngừa sự tiếp tục chảy máu. Có thể cần nên tiêm một hóa chất vào tĩnh mạch bị dẫn của thực quản với một cây kim nhỏ thông qua ống soi để làm tĩnh mạch cứng rắn (cứng lại) để ngăn chặn việc tiếp tục chảy máu.
- Nội Soi Ruột Cong Ống Mềm:** Khám nghiệm hậu môn, trực tràng và phía bên trái của ruột già (đại tràng), thường đến độ sâu 60 cm.
- Nội Soi Ruột Già:** Khám nghiệm toàn bộ, hoặc một phần của ruột già. Bệnh nhân lớn tuổi và những người bị viêm túi thừa lan rộng dễ bị biến chứng hơn. Cắt bỏ những khối u được gọi là mụn thịt polip) được thực hiện, nếu cần thiết, thường bằng cách sử dụng một vòng dây kim loại có hoặc không có điện chạy qua.
- Điều Khác:** _____

Các Rủi Ro Chính và Biến Chứng của Nội Soi Đường Tiêu Hóa

Nội soi đường tiêu hóa thông thường là một thủ thuật có rủi ro thấp. Tuy nhiên, biến chứng vẫn có thể xảy ra. Quý vị có thể yêu cầu với bác sĩ, trước khi thực hiện các thủ thuật, để có được một cuộc thảo luận liên quan đến các yếu tố rủi ro. **Quý vị phải hỏi bác sĩ của quý vị nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi chưa được trả lời về thử nghiệm của quý vị. Một buổi tham vấn chính thức có thể được sắp xếp nếu quý vị muốn.**

Tôi hiểu rằng vì dùng thuốc an thần tôi không được phép lái xe hay vận hành máy móc, đưa ra những quyết định trọng đại, ký các văn bản pháp lý hoặc dùng những thức uống có chất rượu trong ngày thủ thuật. Tôi hiểu rằng nếu tôi tự lái xe về nhà sau khi nhận được thuốc an thần, tôi sẽ bị mời khỏi cơ sở này và sẽ cần phải tìm kiếm sự chăm sóc y tế ở nơi khác. Tôi hiểu rằng nếu tôi không có một người hộ tống, tôi không thể đi taxi về nhà và phải thu xếp vận chuyển bởi **công ty hộ tống y tế**, hoặc dịch vụ di chuyển WTA đặc biệt. Nếu tôi đến Trung tâm **Nội Soi Northwest (Northwest Endoscopy Center)** mà không có người hộ tống hoặc phương pháp vận chuyển đã được chấp thuận, thủ thuật của tôi sẽ bị hủy bỏ. Tôi đồng ý với việc được chụp hình và in báo (không có tên hoặc bất kỳ dữ liệu xác định nào) của bất kỳ hình ảnh/**video** nào chụp trong quá trình thủ thuật của tôi, để hỗ trợ trong việc chăm sóc tôi, và để sử dụng trong sự cải thiện của giáo dục y tế. Tôi hiểu rằng báo cáo về thủ thuật của tôi sẽ được đưa vào hồ sơ bệnh viện để các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác có thể tiếp cận nếu những thông tin này mang ý nghĩa quan trọng trong việc giúp họ thực hiện các dịch vụ chăm sóc y tế phù hợp. Tôi biết rằng bác sĩ của tôi có thể có lợi ích tài chính/quyền sở hữu ở Northwest Endoscopy Center. Tôi đã được thông báo đầy đủ về những rủi ro và biến chứng có thể có trong thủ thuật/sự gây mê của tôi và đã được trao cơ hội để đặt các câu hỏi.

Tôi hiểu rằng những điều không dự kiến trước có thể xảy ra, nó có thể cần có sự thay đổi, hoặc nở rộng (các) thủ thuật ban đầu, hoặc (các) thủ thuật khác với những gì đã giải thích cho tôi. Vì vậy, tôi cho phép và yêu cầu vị bác sĩ, những trợ lý của vị ấy hoặc những người được chỉ định, có thể thực hiện các thủ thuật khi cần thiết và phù hợp theo sự phán đoán chuyên môn của vị ấy. **Tôi hiểu rằng nếu một sự kiện rủi ro xảy ra, các biện pháp duy trì sự sống sẽ được áp dụng. Nếu cần thiết được vận chuyển cấp cứu tới bệnh viện, thì đi chúc sinh thời của tôi, sẽ có hiệu lực ngay khi nhập viện.** Tôi biết rằng việc thực hành y học và phẫu thuật không phải là một khoa học chính xác. Tôi xác nhận rằng không có các sự bảo đảm nào đã được đề ra cho tôi, liên quan đến kết quả của thủ thuật này.

<input type="checkbox"/> Alan Chang MD	<input type="checkbox"/> Christoph Reitz MD	<input type="checkbox"/> Gregory Munson MD	<input type="checkbox"/> James A. Schoenecker Jr., MD	<input type="checkbox"/> Todd Witte MD
<input type="checkbox"/> Ben Siemanowski MD	<input type="checkbox"/> Donald Gullickson MD	<input type="checkbox"/> Hannah Sheinin MD	<input type="checkbox"/> Kelly McCullough MD	

Bác sĩ giải thích thủ thuật: _____ Chữ ký Bác sĩ: _____ Ngày: _____ Giờ: _____

Bệnh Nhân/ Đại Diện Được Ủy Quyền Hợp Pháp (chọn một)

Ngày: _____ Giờ: _____

Patient Label

1. **Sự Xuyên Thủng:** Tuyến đường đi qua của dụng cụ có thể dẫn đến chấn thương thành của đường tiêu hóa, có thể gây rò rỉ ra những chất bên trong của hệ tiêu hóa vào trong khoang cơ thể. Nếu điều này xảy ra, thường là cần làm phẫu thuật để đóng lại lỗ hở rò rỉ và/hoặc hút cạn khu vực, nó có thể đòi hỏi cần thiết mở thông ruột kết tràng, đó là một chiếc túi trên bụng của quý vị cho phân đi qua. Nếu không điều trị, biến chứng này có thể đe dọa đến tính mạng.

2. **Chảy Máu:** Chảy máu, nếu xảy ra, thường là một rắc rối do làm sinh thiết, cắt bỏ bướu, làm giãn nở hoặc cột. Quản lý các biến chứng này có thể chỉ bao gồm việc quan sát cẩn thận, hoặc có thể cần truyền máu, lặp lại nội soi để cầm máu hoặc có thể làm một ca phẫu thuật. Sự chảy máu có thể bị trì hoãn một vài tuần sau khi nội soi.

3. **Phản Ứng Thuốc:** Có những rủi ro liên quan đến việc dùng bất kỳ loại thuốc nào. Những rủi ro này có thể bao gồm viêm nhẹ tĩnh mạch ở khu vực tiêm thuốc, buồn nôn/ói mửa, những phản ứng dị ứng, suy yếu hoạt động tim mạch, tăng/giảm huyết áp, khó khăn hít thở, hoặc các biến chứng khác.

4. **Các Rủi Ro Khác:** Rất hiếm, sự tổn hại đến răng và những sửa chữa nha khoa có thể xảy ra khi các thiết bị được đưa vào qua đường miệng; biến chứng từ các bệnh khác mà quý vị có thể đã có, không thể hoàn thành cuộc khám nghiệm, và khả năng bỏ lỡ ung thư ruột hoặc một vết tổn thương khác; dụng cụ bị hư và cái chết rất ư là hiếm nhưng vẫn có cơ hội rất nhỏ có thể xảy ra.

Quý vị phải thông báo cho bác sĩ của quý vị về tất cả các dị ứng và các vấn đề y tế của quý vị. Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị có thể mang thai hoặc có một sự thay đổi lớn trong lịch sử y khoa/phẫu thuật của quý vị sau khi cuộc hẹn khám trước khi mổ của quý vị, đó là trách nhiệm của quý vị để gọi cho văn phòng của chúng tôi.

Trong trường hợp có rắc rối liên quan đến thủ thuật, một bác sĩ sẽ luôn luôn có sẵn để giúp quản lý biến chứng, tuy nhiên, không phải bác sĩ đã thực hiện thủ thuật của bạn hay bất cứ thành viên của **Northwest Gastroenterology & Endoscopy** sẽ chấp nhận bất kỳ trách nhiệm tài chính liên quan đến việc chăm sóc xảy ra trong việc quản lý biến chứng. Đi du lịch đến những vùng hẻo lánh hoặc đi một chuyến bay quốc tế không được khuyến khích trong 2 tuần sau khi làm thủ thuật nếu các thủ thuật sinh thiết hoặc cắt bướu đã được thực hiện.

Những Lựa Chọn Thay Thế Cho Nội Soi Đường Tiêu Hóa

Mặc dù nội soi đường tiêu hóa là một phương pháp an toàn và hiệu quả của việc khám nghiệm đường tiêu hóa, nó không phải là 100 phần trăm chính xác trong việc chẩn đoán. Trong một tỉ lệ nhỏ các trường hợp, có thể đưa đến kết quả của sự thất bại trong việc chẩn đoán hoặc chẩn đoán sai. Những phương pháp chẩn đoán hoặc điều trị khác, chẳng hạn như điều trị y tế, tạo ảnh bằng chụp quang tuyến-X và phẫu thuật đang sẵn có. Một lựa chọn khác là chọn không làm chẩn đoán tìm hiểu và/hoặc điều trị. Bác sĩ của quý vị luôn sẵn sàng để thảo luận về các sự lựa chọn này với quý vị.

Đồng Ý Đã Thông Hiểu về Trách Nhiệm Tài Chính

Northwest Endoscopy Center đã được thành lập để đáp ứng nhu cầu đặc biệt của các bệnh nhân với những than phiền hoặc bệnh tật thuộc bộ tiêu hóa. Đây là một "Trung tâm Phẫu thuật Ngoại trú" được thiết kế đặc biệt cho việc hành nghề của Khoa Tiêu Hóa - không thủ thuật y tế nào khác được thực hiện ở đây. Các bác sĩ cung cấp dịch vụ tại cơ sở của chúng tôi đều là bác sĩ chuyên khoa Tiêu Hóa và các nhân viên phòng khám của chúng tôi đã được đào tạo chuyên nghiệp, có kinh nghiệm trong việc chăm sóc các bệnh nhân của chúng tôi.

Sứ mệnh của Northwest Endoscopy Center là cung cấp sự chăm sóc với chất lượng cao cho các bệnh nhân của chúng tôi trong môi trường ngoại trú đặc biệt. Mỗi bệnh nhân sẽ nhận được sự quan tâm cá nhân và cẩn thận tối đa nhất của chúng tôi.

Northwest Endoscopy Center được đồng sở hữu bởi Physicians Endoscopy, LLC và Northwest Gastroenterology, PLLC. Các bác sĩ của Northwest Gastroenterology, PLLC là các nhà cung cấp y tế duy nhất của Trung tâm.

Để đảm bảo rằng bệnh nhân của chúng tôi hiểu rõ trách nhiệm tài chính của họ và chính sách thanh toán của chúng tôi, chúng tôi yêu cầu quý vị dành thời gian để đọc các phần sau đây và thảo luận về bất kỳ câu hỏi nào mà quý vị có thể có với một trong những đại diện thanh toán của chúng tôi.

1. Các khoản chi phí mà chúng tôi tính cho việc phục vụ của chúng tôi được dự tính để trang trải chi phí hoạt động của cơ sở này, bao gồm cả trang thiết bị, nhân viên, tiền thuê nhà, tiếp liệu, v.v. Ngoài ra, cũng sẽ có một khoản phí riêng biệt từ các bác sĩ cho các phục vụ chuyên nghiệp của họ, cũng như từ phòng thí nghiệm cho bất kỳ dịch vụ xử lý và đọc về bệnh lý nào. Các cơ sở, phòng thí nghiệm và các bác sĩ đều là những đối tượng hợp pháp riêng biệt cung cấp các dịch vụ riêng biệt và rõ rệt.
2. Với thiện ý cho các bệnh nhân của chúng tôi, các yêu cầu bảo hiểm sẽ được nộp thay mặt bệnh nhân lên (các) công ty bảo hiểm đã được nêu rõ trong quá trình đăng ký, miễn là chúng tôi đã có đầy đủ tên và địa chỉ của công ty bảo hiểm, và tên của người đăng ký, số an sinh xã hội và ngày sinh nhật.
3. Tất cả các khoản đồng thanh toán cần phải trả và được thu tại thời điểm phục vụ theo yêu cầu của hợp đồng giữa các bệnh nhân, các công ty bảo hiểm và trung tâm của chúng tôi.
4. Một số chương trình bảo hiểm yêu cầu được xác nhận trước, xin phép trước, hoặc có giấy giới thiệu. Đó là trách nhiệm của bệnh nhân phải hiểu những yêu cầu trong chương trình bảo hiểm của họ và đảm bảo rằng các sự xin phép thích hợp đã nhận được ít nhất 3 ngày trước ngày được phục vụ. Nếu không làm như vậy có thể sẽ dẫn đến sự từ chối yêu cầu chi trả bảo hiểm của công ty bảo hiểm. Chúng tôi không thể chịu trách nhiệm cho một yêu cầu chi trả bảo hiểm vẫn còn tranh cãi. Nếu công ty bảo hiểm từ chối chi trả bảo hiểm vì bất cứ lý do nào hoặc không chi trả, sau cùng thì bệnh nhân phải chịu trách nhiệm về số tiền còn thiếu.
5. Chúng tôi nhận ra rằng có thể có những lúc, chi trả toàn bộ số tiền là điều không thể được. Bệnh nhân không có bảo hiểm cần phải trả tối thiểu 50% chi phí tại thời điểm được phục vụ và tối thiểu một phần ba số tiền còn lại mỗi tháng trong ba tháng kể từ ngày phục vụ.
6. Nếu quý vị đang gặp khó khăn về tài chính hoặc có câu hỏi, **xin vui lòng liên hệ với Văn phòng Thanh toán** của chúng tôi tại số **(360) 734-1420 chọn số 3**, để thảo luận về tài khoản của quý vị. Hóa đơn yêu cầu được trả hàng tháng. Các tài khoản không được thanh toán sau ba tháng có thể dẫn đến kết quả bị giao cho cơ quan chuyên thu nợ bên ngoài, điều này có thể ảnh hưởng đến hồ sơ tín dụng của bệnh nhân và/hoặc từ chối thực hiện dịch vụ.

Tôi đã đọc ở trên, và hiểu, và đồng ý với các điều khoản được trình bày rõ trong Bản Công nhận Trách nhiệm về Tài Chính này và rằng bất kể chương trình bảo hiểm nào tôi có thể có, cuối cùng tôi chịu trách nhiệm thanh toán tài khoản của tôi với Trung Tâm.

Tên Bệnh Nhân: _____ Chữ Ký Của Bệnh Nhân: _____ Ngày: _____

Đại Diện Của Trung Tâm: _____ Ngày: _____

Tôi đã nhận được thông tin bằng lời nói và bằng văn bản, trong một ngôn ngữ mà tôi hiểu, hoặc đã được dịch cho tôi, và đã được trao cơ hội để đặt các câu hỏi về:

Xin Viết Tắt Tên Họ:

_____ Quyền Của Bệnh Nhân & Trách Nhiệm

_____ Di Chúc Sinh Thời

_____ Thông Báo Sở Hữu Của Bác Sĩ

Đại Diện Của Trung Tâm: _____ Ngày: _____

Patient Label