

Giấy thỏa thuận cho việc sử dụng phương pháp ngừa thai

Khi ký vào giấy thỏa thuận này, bạn xác nhận rằng:

- ◆ Nhân viên chương trình Family PACT đã trình bày với bạn về tất cả các phương pháp ngừa thai.
- ◆ Bạn đã thảo luận với nhân viên chương trình về phương pháp ngừa thai thích hợp nhất cho bạn.
- ◆ Bác sĩ của Family PACT đã chỉ dẫn cho bạn cách dùng phương pháp ngừa thai bạn đã chọn một cách hiệu quả và an toàn.

Hướng dẫn cách điền giấy: Bạn nên cẩn thận đọc mỗi câu sau đây. Nếu bạn đồng ý với những điều nêu lên, vui lòng ký tên vào hàng dành cho chữ ký bên dưới.

- ◆ Tôi biết rằng có nhiều phương pháp ngừa thai để tôi lựa chọn. Các phương pháp này gồm:
 - ❖ Thuốc viên
 - ❖ Thuốc dán
 - ❖ Vòng
 - ❖ Thuốc chích
 - ❖ Thuốc cấy
 - ❖ Vòng xoắn ngừa thai (Intrauterine Contraception, hay IUC)
 - ❖ Vành ngăn (Diaphragm)
 - ❖ Thuốc diệt tinh trùng
 - ❖ Khoanh xỏp
 - ❖ Mũ tử cung
 - ❖ Bao cao su dành cho phái nam
 - ❖ Bao cao su dành cho phái nữ
 - ❖ Kế hoạch gia đình theo phương pháp tự nhiên
 - ❖ Phương pháp am hiểu về sự sinh sản
 - ❖ Cho con bú để không có kinh
 - ❖ Phương pháp triệt sản cho phái nam
 - ❖ Phương pháp triệt sản cho phái nữ
- ◆ Bác sĩ của Family PACT đã giải thích và chỉ dẫn một cách dễ hiểu cách sử dụng phương pháp ngừa thai mà tôi đã chọn.
- ◆ Tôi đã được cho biết phương pháp ngừa thai tôi chọn có tác dụng như thế nào và có hiệu quả ra sao đối với đa số những người khác.
- ◆ Tôi đã được cho biết về lợi ích và nguy cơ của việc sử dụng phương pháp này. Tôi và bác sĩ của chương trình đã thảo luận về tất cả các vấn đề sức khỏe mà tôi có thể có.
- ◆ Tôi đã nói chuyện với bác sĩ của Family PACT về tất cả các phản ứng phụ mà tôi có thể gặp phải khi dùng phương pháp này. Tôi hiểu rằng phản ứng phụ là những ảnh hưởng và thay đổi có thể xảy ra do việc tôi dùng phương pháp ngừa thai này.
- ◆ Bác sĩ của Family PACT đã cho tôi biết về tất cả các biến chứng của phương pháp ngừa thai tôi đã chọn. Tôi hiểu rằng các biến chứng này là những vấn đề sức khỏe trầm trọng có thể xảy ra tuy rất hiếm. Tôi đã được nhân viên chương trình cho biết các dấu hiệu của biến chứng xảy ra.
- ◆ Tôi biết tôi phải làm gì nếu tôi muốn ngưng sử dụng phương pháp ngừa thai mà tôi đã chọn.
- ◆ Tôi đã được cấp tài liệu bằng văn bản về phương pháp ngừa thai mà tôi đã chọn viết bằng thứ tiếng mà tôi hiểu được.
- ◆ Bác sĩ của Family PACT đã giải đáp mọi thắc mắc của tôi.

Căn cứ theo các thông tin đã trình bày với tôi, tôi tự chọn

làm phương pháp ngừa thai cho tôi.

_____ (tên phương pháp ngừa thai)

Chữ ký:

Ngày: