

NHỮNG CƠ QUAN ĐƯỢC LẤY RA

Bạn có thể đồng ý hay không đồng ý cho nguyên cơ quan được lấy ra để khám nghiệm thêm nhằm cung cấp sự hiểu biết bệnh trạng chi tiết hơn.

Xin đánh dấu vào một trong những câu dưới đây cho biết bạn đồng ý hay không về việc những cơ quan được lấy ra hay lưu giữ.

- Tôi đồng ý cho lấy ra bất cứ cơ quan nào trong cơ thể để nghiên cứu thêm nếu thấy cần thiết để biết đầy đủ nguyên nhân của cái chết và những hiệu quả của việc điều trị.
- Tôi không đồng ý cho lấy bất cứ cơ quan nào ra khỏi cơ thể để nghiên cứu thêm.
- Tôi không đồng ý cho lấy ra khỏi cơ thể những cơ quan sau đây để nghiên cứu thêm (Xin liệt kê những cơ quan phía dưới)

PHẾ BỎ BẤT CỨ MẪU MÔ HAY CƠ QUAN NÀO ĐÃ LẤY RA

Sau khi nghiên cứu thêm phần mẫu mô hay cơ quan đã lấy ra, những mẫu mô hay cơ quan này phải được phế bỏ theo phương cách mà luật pháp qui định. Bạn có thể tự mình sắp xếp việc phế bỏ này hoặc bệnh viện có thể làm việc đó.

- Bệnh viện có thể phế bỏ những cơ quan theo một phương cách tôn trọng và hợp pháp.
- Tôi sẽ sắp xếp việc phế bỏ những cơ quan này theo cách hợp pháp.
- Tôi muốn những cơ quan phải được đặt trở lại trong cơ thể trước khi cho phép chôn cất mặc dù điều này có thể làm trì hoãn việc chôn cất.

NGHIÊN CỨU VÀ GIẢNG DẠY Y KHOA

Bạn có thể đồng ý hay không đồng ý về những mẫu mô, chất lỏng hay cơ quan đã được lấy ra và lưu giữ trong thời gian vô hạn định dùng cho mục đích nghiên cứu và giảng dạy y khoa.

GHI CHÚ : Những mẫu mô, chất lỏng hay cơ quan cống hiến này có thể được lưu giữ vô thời hạn.

Xin đánh dấu vào một trong những câu dưới đây cho biết bạn có đồng ý hay không về bất cứ mẫu mô, chất lỏng hay cơ quan nào được lấy ra hay được lưu giữ dùng cho mục đích nghiên cứu và giảng dạy y khoa.

- Tôi đồng ý để bất cứ mẫu mô, chất lỏng hay cơ quan nào được lấy ra để nghiên cứu và giảng dạy y khoa.
- Tôi không đồng ý cho lấy bất cứ mẫu mô, chất lỏng hay cơ quan nào lấy ra để nghiên cứu và giảng dạy y khoa.

POST MORTEM REPORT

You may want a copy of the results of the post mortem examination referred to a doctor of your choice

I require a copy of the post mortem report to be forwarded to:

Name & Address of Doctor:

CERTIFICATION BY NEXT OF KIN

My relationship to the deceased is:	
Signature:	(Senior available Next of Kin)
Date:	
Witness certifying that all relevant information has been provided to the Next of Kin signing above:	
Print Name:	(Medical Officer)
Date:	

**VERBAL CONSENT FROM NEXT OF KIN (Doctor to Complete)
ONLY WHERE RELATIVES ARE UNAVAILABLE TO SIGN
(SUCH AS INTERSTATE)**

Senior available Next of Kin consent obtained from:	
Relationship to the deceased is:	

I hereby declare that I have discussed with the aforementioned Next of Kin, all points raised in this form, and they have given verbal consent for a post mortem examination to be performed and have indicated where required their conditions of consent.

Print Name:	(Medical Officer)
Signed:	Date:

CERTIFICATION BY POST MORTEM COORDINATOR

I _____, being the Post Mortem Coordinator for _____ Hospital, hereby certify, in accordance with the requirements of clause 12 (c) of the *Non-Coronial Post Mortem Examinations Code of Practice 2002*, that all relevant information has been provided to _____ (the senior available Next of Kin) so that informed decisions could be made by him/her in the giving of this consent.

Print Name:	(Post Mortem Coordinator)
Signed:	Date:

AUTHORISATION OF POST MORTEM EXAMINATION

I _____, being the designated officer/delegate of the designated officer for _____ Hospital, hereby authorise, in accordance with the requirements of section 25(1) of the *Human Tissue and Transplant Act 1982*, the post mortem examination of:

Name of deceased:	
Date and place of death:	

In accordance with the conditions attached to the above consent.

Signature of designated officer/delegate:	
Position:	
Date:	

(Hospital use only)

In accordance with the requirements of clause 12(d) of the *Non-Coronial Post Mortem Examinations Code of Practice 2002*, a copy of this document, authorising the post mortem examination of

in accordance with the conditions of consent as given by the senior available Next of Kin of the deceased, has been given to:

_____ (the senior available Next of Kin).

Name of Post Mortem Coordinator: (Print in Block Letters)	
Signature of Post Mortem Coordinator	
Date:	