

**Mẫu 02:**

**Chương trình này sẽ không thu thập dữ liệu cá nhân của bệnh nhân và không cần bất kỳ can thiệp y tế nào**

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: .....

Địa chỉ: .....

Điện thoại: .....

## **PHIẾU ĐĂNG KÝ**

Tự nguyện tham gia Chương trình

“Chăm sóc Bệnh đái tháo đường trên trẻ em và trẻ vị thành niên” (CDiC)

Họ và tên người bệnh:..... Năm sinh: .....

Họ tên người bảo hộ: ..... Năm sinh: .....

Giới tính bệnh nhân: ..... Tên viết tắt của bệnh nhân: .....

Chẩn đoán bệnh: .....

Họ và tên bác sĩ điều trị và theo dõi hiện tại:.....

Ngày khám: .....

Ngày nhận thiết bị:..... Ngày hẹn tái khám: .....

Số lượng que lấy máu được nhận: .....

Số lượng que thử đường huyết được nhận:.....

Sau khi được tư vấn về chẩn đoán bệnh của bản thân, được cung cấp thông tin đầy đủ về yêu cầu và lợi ích của Chương trình “Chăm sóc Bệnh đái tháo đường trên trẻ em và trẻ vị thành niên” (CDiC), gọi tắt là Chương trình, tôi đồng ý và cam kết:

1. Xác nhận đã được cung cấp thông tin đầy đủ, hiểu rõ về cách sử dụng thiết bị, yêu cầu và lợi ích của Chương trình.
2. Tự nguyện tham gia Chương trình.
3. Tuân thủ lịch khám bệnh và sử dụng thiết bị theo hướng dẫn của bác sĩ/nhân viên y tế.

**Chữ ký xác nhận**

*Người bệnh*

**Chữ ký xác nhận**

*Bác sĩ điều trị*