

অজ্ঞানকরণ, শল্যচিকিৎসা এবং অন্যান্য প্রক্রিয়ার জন্য সম্মতি

1. আমি অনুমতি দিচ্ছি _____
(আমার নিজের বা রোগীর নাম)
নিম্নলিখিত প্রক্রিয়া(গুলি) সম্পাদনের জন্য _____
2. আমাকে সম্পূর্ণভাবে বোঝানো হয়েছে তিনি/তিনি কোন ধরনের প্রক্রিয়া করবেন। আমার অবস্থা ও প্রক্রিয়া নিয়ে আমার প্রশ্নগুলোর উত্তর আমার সন্তুষ্টি অনুযায়ী দেওয়া হয়েছে। ডাক্তার প্রক্রিয়ায় জড়িত ঝুঁকিগুলিও ব্যাখ্যা করেছেন এবং আমি সেই ঝুঁকিগুলি বুঝেছি ও প্রক্রিয়াটি গ্রহণ করতে ইচ্ছুক।
3. ডাক্তার বিকল্প চিকিৎসা পদ্ধতিগুলিও আমাকে ব্যাখ্যা করেছেন এবং প্রয়োজন হলে রক্তজাত দ্রব্য প্রদানের বিষয়সহ প্রক্রিয়াটি গ্রহণের সিদ্ধান্ত নিয়েছি, যা আমার অবস্থা সংশোধনের সর্বোত্তম উপায় বলে বিবেচিত।
4. আমি বুঝতে পারি, প্রক্রিয়ার সময় ডাক্তার আমার মধ্যে অন্য কোনো অসুস্থ অবস্থা পেতে পারেন যা সংশোধনের প্রয়োজন হতে পারে। তাই আমি ডাক্তারকে অনুমতি দিচ্ছি এমন অন্যান্য প্রক্রিয়া সম্পন্ন করতে যা তিনি/তিনি প্রয়োজনীয় মনে করবেন আমার অবস্থার উন্নতি বা সংশোধনের জন্য।
5. আমার ডাক্তার ব্যাখ্যা করেছেন যে, প্রক্রিয়াগুলো সম্পাদন করার সময় তিনি/তিনি সহকারী যেমন হাসপাতালের কর্মী, রেসিডেন্ট বা অন্যান্য চিকিৎসক, শল্যচিকিৎসক ও নার্স ব্যবহার করতে পারেন এবং আমি এতে সম্মতি দিচ্ছি।
6. সাধারণ অজ্ঞানকরণ গ্রহণকারী রোগীর শ্বাসনালিতে নল (এন্ডোট্র্যাকিয়াল ইন্টুবেশন) প্রয়োজন হতে পারে, যা গলা ব্যথা বা কর্কশতার কারণ হতে পারে। এছাড়াও দাঁত বা দাঁতের কৃত্রিম সেট আলগা বা ভেঙে যেতে পারে। শ্বাসযন্ত্রের জটিলতা দেখা দিলে শ্বাস-প্রশ্বাসে সহায়তার জন্য ভেন্টিলেটরে রাখা হতে পারে। আকস্মিক মৃত্যু অত্যন্ত বিরল, তবে যেকোনো শল্যচিকিৎসা বা অজ্ঞানকরণে এর সম্ভাবনা থাকে।
7. আমাকে ব্যাখ্যা করা হয়েছে যে অজ্ঞানকরণ ও শল্যচিকিৎসার যেকোনো জটিলতা, প্রাণঘাতী বা কম গুরুতর, প্রক্রিয়ার পরে ঘটতে পারে এবং আমি এই ঝুঁকি মেনে নিতে প্রস্তুত। মাঝে মাঝে সেরে ওঠার সময় কয়েক সপ্তাহ পর্যন্ত দীর্ঘ হতে পারে।
8. সার্জন ও অ্যানাস্থেটিস্টের সিদ্ধান্ত অনুযায়ী শল্যচিকিৎসা সাধারণ/স্পাইনাল/স্থানীয় বা অন্য উপযুক্ত অজ্ঞানকরণের অধীনে করা যেতে পারে।
ডা. _____
9. অ্যালার্জিক প্রতিক্রিয়া ঘটতে পারে। আমার যেকোনো অ্যালার্জির তথ্য ডাক্তারকে জানানো আমার দায়িত্ব।
10. যদি পূর্ববর্তী শল্যচিকিৎসা বা অজ্ঞানকরণের সময় কোনো সমস্যা হয়ে থাকে, তবে সেটি ডাক্তারকে জানাতে হবে।
11. আমার ডাক্তার আমাকে প্রক্রিয়ার ফলাফল বা রোগমুক্তি সম্পর্কে কোনো নিশ্চয়তা দেননি এবং আমি বুঝি যে অনেক সময় আমার অবস্থা চিকিৎসার জন্য একাধিক প্রক্রিয়া প্রয়োজন হতে পারে, দ্বিতীয়/জরুরি শল্যচিকিৎসা প্রয়োজন হতে পারে এবং আমি তাতে অনুমতি দিচ্ছি।

12. শল্যচিকিৎসার সময় বা তার আশেপাশের সময়ে রক্ত সঞ্চালন দেওয়া হতে পারে। উপযুক্তভাবে ক্রস-ম্যাচ করা রক্ত দেওয়ার জন্য সব সতর্কতা নেওয়া হবে। তবুও মাঝে মাঝে জটিলতা ঘটতে পারে এবং আমি এই ঝুঁকি মেনে নিতে প্রস্তুত।
13. আমি প্রক্রিয়ার পর্যবেক্ষণ, ফটোগ্রাফ বা টেলিভিশন সম্প্রচারের জন্য সম্মতি দিচ্ছি, যেখানে আমার দেহের প্রাসঙ্গিক অংশ চিকিৎসা, বৈজ্ঞানিক বা শিক্ষাগত উদ্দেশ্যে ব্যবহার হবে, তবে ছবি বা বর্ণনায় আমার পরিচয় প্রকাশ করা হবে না।
14. প্রক্রিয়ার সময় যে কোনো টিস্যু বা অংশ সরানো হলে তা হাসপাতাল কর্তৃক নষ্ট করার জন্য আমি সম্মতি দিচ্ছি।
15. আমি ডাক্তারকে পূর্ণ সহযোগিতা করতে এবং আমার যত্ন ও চিকিৎসা সম্পর্কিত তাঁর নির্দেশনা ও পরামর্শ যথাসাধ্য মেনে চলতে সম্মত।
16. আমি হাসপাতালে যে সুবিধাগুলি আছে এবং যে সুবিধাগুলি নেই সে সম্পর্কে অবগত।
17. আমি অবগত যে হাসপাতালে ব্যবহৃত ওষুধ, ইনফিউশন বোতল ও সিরিঞ্জ ইত্যাদি হাসপাতাল দ্বারা উৎপাদিত নয় এবং ওষুধ স্ট্যান্ডার্ড কোম্পানি থেকে সংগৃহীত।
18. আমি অবগত যে আমার চিকিৎসার জন্য প্রেসক্রাইব করা ওষুধ সময়মতো এবং পর্যাপ্ত পরিমাণে সরবরাহ করা আমার/আমার আত্মীয়ের দায়িত্ব এবং চিকিৎসায় ব্যবহৃত ওষুধ, সেলাই উপকরণ, ক্যাথেটার ও ডিসপোজেবল পরিবর্তন করাও আমাদের দায়িত্ব।
19. আমাকে আমার মাতৃভাষায়/যে ভাষা আমি বুঝি তাতে সব কিছু ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি স্বেচ্ছায় এতে সম্মতি দিচ্ছি।
20. আমি সমস্ত বিল পরিশোধ করতে সম্মত, জরুরি প্রক্রিয়ার জন্য তৈরি হওয়া বিলসহ। আমি বুঝি যে শল্যচিকিৎসার সময় জটিলতা ঘটতে পারে এবং জটিলতা সংশোধন বা অনাকাঙ্ক্ষিত ফলাফলের জন্য আলাদা বিল করা হতে পারে।
21. নীচে স্বাক্ষরকারী অভিভাবক আমার পক্ষে যেকোনো এবং সব ধরনের নথি যেমন কেস পেপার, ডিসচার্জ সারাংশ, পরীক্ষা-নিরীক্ষার রিপোর্ট এবং আমার অবস্থা ও চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য গ্রহণ করতে পারবেন।

সাক্ষী: রোগীর স্বাক্ষর:

অথবা রোগীর পক্ষে স্বাক্ষরের জন্য অনুমোদিত আত্মীয় বা আইনগত অভিভাবক

আত্মীয় বা অভিভাবকের নাম

তারিখ: _____ সময়: _____