

শল্যচিকিৎসার জন্য সম্মতি

তারিখ: -----

আমি, _____ বয়স/লিঙ্গ _____

হাসপাতালের রেজিস্ট্রেশন নম্বর _____

পিতা/মাতা/স্বামী _____

বাসিন্দা _____

অবগত আছি যে আমার রোগ নির্ণয় করা হয়েছে _____

এবং আমি স্বেচ্ছায় নিম্নলিখিত শল্যচিকিৎসা প্রক্রিয়ার জন্য সম্মতি দিচ্ছি

(যে সকল অংশ কেটে ফেলা হবে তা অন্তর্ভুক্ত করুন)

যা ডা. _____ ও তার দল ____/____/20 তারিখে _____ অজ্ঞানকরণের (অ্যানাস্থেসিয়া) অধীনে সম্পন্ন করবেন।

আমাকে নির্ধারিত শল্যচিকিৎসার মানক প্রক্রিয়া, এর সুফল, পরবর্তী প্রভাব, জটিলতার ঝুঁকি, সম্ভাব্য বিকল্প চিকিৎসা পদ্ধতি এবং কিছু না করার ঝুঁকি সম্পর্কে ব্যাখ্যা করা হয়েছে। আমি ঘোষণা করছি যে ডা. _____ আমার নিজস্ব ভাষায় (_____) আমাকে সবকিছু ব্যাখ্যা করেছেন।
আমি ঘোষণা করছি যে আমি প্রদত্ত সমস্ত তথ্য বুঝেছি এবং ব্যাখ্যায় সন্তুষ্ট।

আমাকে পর্যাপ্ত সময় দেওয়া হয়েছে সব তথ্য পড়ে ও বুঝে নেওয়ার জন্য এবং আমি জেনে-বুঝে শল্যচিকিৎসা গ্রহণের সিদ্ধান্ত নিয়েছি

আমি বুঝতে পারছি যে আমার চিকিৎসক আমার চূড়ান্ত ফলাফলের বিষয়ে কোনো নিশ্চয়তা দেননি।

রোগী/অভিভাবকের স্বাক্ষর

তারিখ, সময় ও স্থান

সাক্ষীর স্বাক্ষর (যেখানে প্রয়োজন)

রোগীর সাথে সম্পর্ক:

তারিখ, সময় ও স্থান

* একজন সক্ষম প্রাপ্তবয়স্ক সাক্ষী ছাড়াই লিখিতভাবে শল্যচিকিৎসার জন্য সম্মতি দিতে পারেন। তবে, রোগী চাইলে নিজের পক্ষে সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য একজন প্রতিনিধিকে মনোনীত করতে পারেন, যা লিখিত, স্বাক্ষরিত ও সাক্ষীযুক্ত হতে হবে।

রোগী ও আত্মীয়ের বৈধ স্ব-স্বাক্ষরিত ফটো আইডি সংযুক্ত করুন।

ফটোগ্রাফি ও ভিডিওগ্রাফির জন্য সম্মতি

আমি ডা. _____-কে আমার বা আমার দেহের অংশের ছবি, ভিডিও রেকর্ডিং এবং অন্যান্য চিত্র গ্রহণের জন্য সম্মতি দিচ্ছি, যা উপরে বর্ণিত শল্যচিকিৎসার সাথে সম্পর্কিত এবং আমি বুঝতে পারছি যে এগুলি আমার চিকিৎসা রেকর্ডের অংশ।

A. আমি বুঝি যে এই ছবি বা ভিডিও রেকর্ডিং বা চিত্রসমূহ মুদ্রিত, দৃশ্যমান বা ইলেকট্রনিক মাধ্যম, চিকিৎসা সাময়িকী ও পাঠ্যপুস্তক, বৈজ্ঞানিক উপস্থাপনা ও শিক্ষণ কোর্স এবং ইন্টারনেট ওয়েবসাইটে প্রকাশিত হতে পারে, যাতে চিকিৎসা পেশাকে (চিকিৎসা শিক্ষা) বা সাধারণ মানুষকে

প্লাস্টিক সার্জারির পদ্ধতি, ফলাফল, সমস্যা, প্রবণতা, উদ্বেগ ইত্যাদি সম্পর্কে অবহিত করা যায়। কোনো প্রকাশনায় আমার নাম প্রকাশ করা হবে না।
আমি বুঝি যে কিছু ক্ষেত্রে ছবিতে (যেমন মুখের ছবি) আমার পরিচয় প্রকাশ পেতে পারে।

অথবা

B. আমি ছবি, ভিডিও রেকর্ডিং বা অন্যান্য চিত্র প্রকাশে সম্মতি দিচ্ছি না। আমি শুধুমাত্র আমার চিকিৎসা রেকর্ডের অংশ হিসেবে আমার ছবির
ব্যবহারের অনুমতি দিচ্ছি।

রোগী/অভিভাবকের স্বাক্ষর

তারিখ ও স্থান

আত্মীয়/সাক্ষীর স্বাক্ষর

তারিখ ও স্থান