

ശസ്തരക്രിയയ്ക്ക് സമതപത്രം

ശസ്തരക്രിയയ്ക്ക് സമതപത്രം

തീയതി: _____

ഞാൻ _____ വയസ്സ്/ലിംഗം _____

ആശുപത്രി രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ _____

(പിതാവിന്റെ/ഭർത്താവിന്റെ അഭ്യയം) പേര്: _____

വിലാസം: _____

എന്നെ _____ എന്ന് രോഗത്തിന് ചികിത്സ ചെയ്യുന്നു എന്ന് എനിക്ക് അറിയാം.

ഞാൻ സ്വമേധയാ താഴെ പറയുന്ന ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കായി സമ്മതം നൽകുന്നു:

(നീക്കം ചെയ്യപ്പെടുന്ന എല്ലാ ഘടകങ്ങളും ഉൾപ്പെടുത്തുക)

ഡോ. _____ & സംഘത്തിന്റെ നേതൃത്വത്തിൽ ____/____/20__ തീയതിയിൽ, _____ അനസ്തേഷ്യയിൽ.

ഡോക്ടർ _____ എനിക്ക്, ശസ്തരക്രിയയുടെ നടപടിക്രമം, ഗുണങ്ങൾ, അപകടസാധ്യതകൾ, മറ്റ് ചികിത്സാ മാർഗ്ഗങ്ങൾ, ഒന്നും ചെയ്യാതിരിക്കുന്നതിന്റെ അപകടങ്ങൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ച്, എന്റെ ഭാഷയായ _____ ഭാഷയിൽ വിശദീകരിച്ചു.

എനിക്ക് ലഭിച്ച വിവരങ്ങൾ എല്ലാം ഞാൻ മനസ്സിലാക്കി, വിശദീകരണങ്ങളിൽ തൃപ്തനാണ്.

വിവരങ്ങൾ വായിച്ച് മനസ്സിലാക്കാൻ മതിയായ സമയം ലഭിച്ചു.

ശസ്തരക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനാകാൻ ഞാൻ തീരുമാനിച്ചു.

ശസ്തരക്രിയയ്ക്കുശേഷം അന്തിമ ഫലത്തെക്കുറിച്ച് പരിപൂർണ്ണ ഉറപ്പു നൽകാൻ കഴിയില്ല എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

രോഗി/സംരക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് _____

തീയതി, സമയം, സ്ഥലം _____

സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് _____

രോഗിയുമായി ബന്ധം _____

*പ്രായപൂർത്തിയായ വ്യക്തി സാക്ഷികളിലൊരാൾ സമതം നൽകാം.

ആവശ്യമെങ്കിൽ പ്രതിനിധിയെ രേഖപ്പെടുത്തി ഒപ്പിട്ട്

സാക്ഷീകരിക്കണം.

രോഗിയുടെയും ബന്ധുവിന്റെയും സ്വയം സാക്ഷ്യപത്രമുള്ള ഫോട്ടോ ഐഡി ചേർക്കണം.

ഫോട്ടോഗ്രാഫിക്കും വീഡിയോഗ്രാഫിക്കും സമീപം
ഫോട്ടോജിക്യൂവീഡിയോഗ്രാഫിക്യൂസമീപം

ഞാൻ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഭാഗമായി, ഡോ. _____
എടുക്കുന്ന ഫോട്ടോ, വീഡിയോ, ദൃശ്യങ്ങൾ എന്റെ മെഡിക്കൽ
രേഖകളുടെ ഭാഗമാക്കാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

A. ഇവ മെഡിക്കൽ ജേണലുകൾ, ടെക്സ്റ്റ്ബുക്കുകൾ, പരദർശനങ്ങൾ,
വെബ്സൈറ്റുകൾ, സോഷ്യൽ മീഡിയ തുടങ്ങിയവയിൽ മെഡിക്കൽ
വിദ്യാഭ്യാസത്തിനോ പൊതുജന വിവരത്തിനോ പരസിദ്ധീകരിക്കാമെന്ന്
മനസ്സിലാക്കുന്നു. പേരൊന്നും വെളിപ്പെടുത്തില്ല, എന്നാൽ
തിരിച്ചറിയാവുന്ന ഘടകങ്ങൾ കാണിച്ച് ചേക്കാം.

അല്ലെങ്കിൽ

B. പരസിദ്ധീകരണത്തിന് സമ്മതിക്കുന്നില്ല; മെഡിക്കൽ രേഖകൾക്ക് മാത്രമേ
ഉപയോഗിക്കാവൂ.

രോഗി/സംരക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് _____

തീയതി, സ്ഥലം _____

ബന്ധു/സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് _____

തീയതി, സ്ഥലം _____