

FORM - 3

நீலகிரி மாவட்ட அரசு தலைமை மருத்துவமனை உதகமண்டலம்

அறுவை சிகிச்சைக்கான ஒப்புதல் படிவம்

நாள் :-

இடம் :-

நேரம் :-

வார்டு :-

OP/IP எண் :-

நோயின் தன்மை

அறுவை சிகிச்சை விபரம்

நோயாளியின் மருந்து ஒவ்வாமை

நோயாளியின் பெயர் :-

வயது :-

பாதுகாவலர் :-

விலாசம் :-

மேலே குறிப்பிட்ட விபரம் கொண்ட நான்.....த.பெ / க.பெ.....
இன்று.....எனக்கு மருத்துவரின் ஆலோசனைபடி செய்யப்படும் அறுவை சிகிச்சை
.....பற்றி நன்கு விளக்கமாக சுவைக்கேட்டறிந்தேன்
எனக்கு.....நோய் பாதிப்பு இருப்பதாக மருத்துவர்
சுவைக்கேட்டறிந்தேன். மேற்படி நோய்க்கு.....
என்ற அறுவை சிகிச்சைக்கு தேவை என்பதையும் அதனால் ஏற்படும் முன் / பின் விளைவுகள் பற்றி எடுத்துக்
சுவைக்கேட்டேன். அறுவை சிகிச்சையின் பொழுது எனது உடலில் உள்ள நோயின் தன்மைக்கேற்ப சிகிச்சை
முறையை மருத்துவரே மாற்றிக் கொள்ளவும், மற்றும் சேவையான பரிசோதனைகளுக்கு உட்படுத்தவும் மருத்துவரே
சிகிச்சை பற்றி முடிவெடுத்துக்கொள்ள முழு சம்மதம் தெரிவிக்கின்றேன். அறுவை சிகிச்சையின்போது எதிர்பாராத
நிகழ்வுகளோ, உயிரிழப்போ ஏற்படின் இந்த மருத்துவமனையோ, மருத்துவர் குழுவோ காரணமல்ல என்று
முழுமனதுடனும், சுய நினைவுடனும் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

சாட்சியின் பெயர், கையொப்பம்

நோயாளியின் / பாதுகாவலரின் கையொப்பம்

மருத்துவரின் கையொப்பம்

நாள் :

நேரம் காலை / மாலை