

மயக்க நிலையில் பரிசோதனை (EUA)

நோயாளியின் தரவு

நோயாளியின் பெயர்.....வயது/பாலினம்

நோயாளியின் அடையாளம்:தேதி

மகன்/மகள்.....(முகவரி).....

தொலைபேசி.....

மருத்துவம் நடைபெறும் இடம்

நோய் அறிதல் & திட்டமிடப்பட்டுள்ள சிகிச்சை

எனக்குப் புரியும் மொழியில் என் மகன்/ மகள்..... க்கு மயக்க மருந்து கொடுத்து பரிசோதனை செய்ய வேண்டியதன் அவசியம் விளக்கப்பட்டது.

* நோயாளி (குழந்தை) ஒத்துழைப்பு கொடுக்காததால் , நன்றாகப் பரிசோதனை செய்ய இது அவசியமாகிறது

* அவ்வாறு பரிசோதனை செய்யும் போதே ஏதேனும் சிகிச்சை தேவைப்பட்டால் செய்ய சம்மதம் அளிக்கிறேன். மேற்படி பரிசோதனையின் அவசியம், சாதக பாதகம், மாற்று சிகிச்சை முறை அனைத்தையும் அறிந்து கொண்டு உடன்படுகிறேன். மேலும் இந்த பரிசோதனையின் முடிவில் நோய் குணமாகி விடும் என்பதற்கான எந்த உறுதிமொழியும் அளிக்கப்படவில்லை என்று அறிவேன்.

* மயக்கம் கொடுப்பதில் (general anesthesia) உள்ள அனைத்து சிக்கல்களும் மேற்படி மயக்கம் கொடுத்துச் செய்யும் கண் பரிசோதனையிலும் உள்ளன. மயக்கம் கொடுக்கும் போது ஏதேனும் சிக்கல்களோ, ஆபத்தோ , அரிதாக உயிரழப்போ நிகழலாம்.

இவை அனைத்தையும் புரிந்து கொண்டு மேற்படி பரிசோதனை / சிகிச்சைக்கு அனுமதி அளிக்கிறேன்

நோயாளி/ பெற்றோர்/ பாதுகாவலரின் கையொப்பம் / கட்டைவிரல் பதிவு:.....பெயர்:.....உறவு.....தேதி.....

(முகவரி:.....தொலைபேசி(அலு).....(வீடு).....

(கைபேசி.)

மருத்துவரின் விளம்புதல்

நோயாளிக்குத் தேவைப்பட்ட மயக்கப் பரிசோதனை, சிகிச்சை, அதன் சாதக பாதகங்களை அவருக்குத் தெளிவாக எடுத்துரைத்தேன் என்று உறுதி அளிக்கிறேன்.

நோயாளிக்கு சந்தேகங்களை கேட்க வாய்ப்பளித்து விடையளித்தேன்.

மருத்துவரின் கையெழுத்து

மருத்துவரின் பெயர்

தேதி

சாட்சி 1

கையொப்பம்:

பெயர்:.....

முகவரி:

தொலைபேசி

கைபேசி.....

சாட்சி 2

கையொப்பம்:

பெயர்:.....

முகவரி: ..

தொலைபேசி:

கைபேசி