

ক্ষমতাপত্র

HN : H..... AN:LCH :..... তারিখ :.....

রোগীর নাম :..... বয়স :..... বৎসর, নারী পুরুষ

এখানে সম্মতি প্রদান করা হচ্ছে যে, ল্যাবএইড কার্ডিয়াক হাসপাতালে (LCH) অবস্থানকালে আমার রোগ নির্ণয়মূলক পরীক্ষা ও প্রক্রিয়া বা চিকিৎসা প্রক্রিয়া, পরিসঞ্চালন, চেতনানাশক ঔষধের (স্থানীয়/সাধারণ) প্রভাবে অস্ত্রোপচার-যাবতীয় যা কিছু প্রয়োজনীয়; ল্যাবএইড কার্ডিয়াক হাসপাতালের কর্মকর্তা ও কর্মচারীবৃন্দ সেগুলো যথাযথ সম্পাদনের ব্যবস্থা গ্রহণ করবেন।

LCH এ আমার চিকিৎসাকালীন ও পর্যবেক্ষণকালীন সময়ে জীবন রক্ষার্থে রক্ত বা রক্তজাত দ্রব্যের পরিসঞ্চালন প্রয়োজন হতে পারে। আমাকে অবহিত করা হয়েছে যে সকল পূর্বসতর্কীকরণ এবং সংশ্লিষ্ট প্রয়োজনীয় পরীক্ষাসমূহ করা সত্ত্বেও আন্তর্জাতিক মান অনুযায়ী পরিশোধন নিরাপদ রক্ত পরিসঞ্চালন নিশ্চিত করার পরও, সম্পূর্ণ পৃথক দু'একটি ক্ষেত্রবিশেষে রক্ত পরিসঞ্চালন জনিত রোগ প্রতিরোধ করা সম্ভব হয়না। রক্ত পরিসঞ্চালনের এই ঝুঁকি আমি গ্রহণ করছি। HIV (এইডস সংক্রান্ত) পরীক্ষা জন্যও আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি। আমি পুরোপুরি অবগত যে এই পরীক্ষার ইতিবাচক ফলাফল রোগ নির্দেশ করে না। এটা শুধু আরো কিছু পরীক্ষা নিরীক্ষার প্রয়োজন নির্দেশ করে।

আমি অবগত আছি যে আমার অস্ত্রোপচার/প্রক্রিয়া কিংবা চেতনানাশ করার সময় যে কোন অঘটন, সমস্যা, অঙ্গহানি, অঙ্গ বিকল এমনকি মৃত্যু হতে পারে এবং সেজন্য চিকিৎসকবৃন্দ এবং তাহার সহযোগীরা কেহ দায়ী থাকবেনা। এ ব্যাপারে আমি, আমার আত্মীয়স্বজন কিংবা আপনজন কেহ আইনের আশ্রয় বা কর্তৃপক্ষের কাছে অভিযোগ করে চিকিৎসকবৃন্দের কাউকে অযথা হয়রানি করবে না।

আমি ঘোষণা করছি যে, এই সম্মতির প্রকৃতি সম্পর্কে আমি সম্পূর্ণরূপে অবগত যা আমাকে পরিপূর্ণভাবে ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

রোগীর/আত্মীয়ের স্বাক্ষর সম্পর্ক

প্রত্যক্ষদর্শীর স্বাক্ষর প্রত্যক্ষদর্শীর নাম

অব্যাহতি দানের দায়িত্ব থেকে মুক্তির ছাড়পত্র

দায়িত্বপ্রাপ্ত চিকিৎসকের নির্দেশ ব্যতিরেকে আমি/আমার রোগীকে হাসপাতাল থেকে নিয়ে যাচ্ছি। আমি সত্যতা স্বীকার করছি যে, এই ঝুঁকির ব্যাপারে আমাকে অবহিত করা হয়েছে এবং আমার/রোগীর দায়িত্বপ্রাপ্ত ডাক্তার ও হাসপাতালকে ছাড়পত্র প্রদানের দায়িত্ব থেকে মুক্তি দিচ্ছি।

রোগী/আত্মীয়ের স্বাক্ষর সম্পর্ক

প্রত্যক্ষদর্শীর স্বাক্ষর প্রত্যক্ষদর্শীর নাম

● রোগী নাবালক/অপ্রাপ্ত বয়স্ক বা শারীরিকভাবে অক্ষম হলে আত্মীয় স্বাক্ষর করবেন।

একমাত্র মেডিকেল রেকর্ড বিভাগের জন্য

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Laboratory Report | <input type="checkbox"/> Echo Reports | <input type="checkbox"/> X-Ray Report | <input type="checkbox"/> Nuclear Reports |
| <input type="checkbox"/> Nurse's Record | <input type="checkbox"/> Cath Reports | <input type="checkbox"/> ECG Report | <input type="checkbox"/> Discharge Summary |
| <input type="checkbox"/> Doctor's Record | <input type="checkbox"/> Operation Notes | <input type="checkbox"/> Holter Report | <input type="checkbox"/> Death Certificate |

Cause of Death.....