



## شہید محترمہ بینظیر بھٹو انسٹیٹیوٹ

آف ٹراما کراچی

کوویڈ آئی سی یو / ایج ڈی یو یونٹ

کوویڈ یونٹ / کریٹیکل کیئر یونٹس، فارماکولوجیکل اور انویسو مینجنمنٹ میں داخلے کے لیے رضامندی۔

مریض کا نام:

ایم آر نمبر:

صف:

عمر:

محارت:

داخلہ کی تاریخ اور وقت:

حتمی تشخیص / علامت:

میں / ہم اس کے ذریعے اپنے / بمارے داخلے کے حوالے سے درخواست اور رضامندی دیتے ہیں  
کی نگرانی میں ڈاکٹر

ایم بی بی انسٹیٹیوٹ آف ٹراما میں ابھی علاج اور جب بھی ضرورت پڑنے پر ناگوار انتظام کے لیے، اور میں اپنے پرائمری کنسلٹنٹ کو بھی اجازت دیتا ہوں کہ وہ ضرورت پڑنے پر اس کو شامل کرے۔  
مجھے / ہمیں بیماری کی نوعیت، مریض کی نازک حالت، اور کنسلٹنٹ اور ایس ایم بی بی آٹھی کے طبی عملے کی طرف سے محفوظ تشخیص سے پوری طرح آگاہ کر دیا گیا ہے۔

میں / ہم موجودہ / مطلوبہ طبی سہولیات کے استعمال اور انتخابی یا ہنگامی حالت میں ناگوار طریقوں کے استعمال کی بھی رضامندی اور اجازت دیتے ہیں۔ جیسا کہ

□ ناگوار وینٹیلیشن □ غیر حملہ آور وینٹیلیشن □ آئی اے بی پی □ مرکزی وینس کیتھیٹر کی جگہ کا تعین □ بند تھور اکوسٹومی  
□ عارضی پیس میکر کی جگہ کا تعین □ مستقل پیس میکر پلیسمنٹ □ فولی کی پیشاب کیتھیٹرائزیشن □ ٹرکوٹ بائیپسی  
□ ناسو گیسٹرک ٹیوب پلیسمنٹ □ اینڈوسکوپی □ برونوسکوپی □ بیموڈالیسٹس □ ایف این اے بی □ ہانی رسک  
□ بائیں دل کی ترانزیشن □ کرونا ری انجیو پلاسٹی □ ایپیڈورل □ اسپانٹل

(تابم / کنسلٹنٹ / مجاز طبی عملہ ضروری جانے سے پہلے مجاز نمائندے یا مریض کو تفصیل سے بتائے گا)

\* مجھے / ہمیں مریض کی نازک نگہداشت / علاج کے ایک حصے کے طور پر سنگین بیماری کے انتظام اور طبی آلات کے استعمال ناگوار طریقہ کار میں شامل ممکنہ فوائد / خطرات کے بارے میں تفصیل سے بتایا گیا ہے۔

میں / ہم تسلیم کرتے ہیں کہ میرے / بمارے مریض کے علاج کے مطلوبہ نتائج اور مدت کے بارے میں کنسلٹنٹ کی جانب سے ایس ایم بی بی آٹھی کے کنسلٹنٹ یا مجاز طبی عملے کی طرف سے مجھے / ہمیں کوئی ضمانت یا یقین دہانی نہیں دی گئی ہے۔

میں / ہم سنجیدگی سے عہد کرتے ہیں کہ میں / ہم تصدیق کرتے ہیں کہ میں نے / ہم نے مندرجہ بالا مندرجات / بیانات کو پڑھا، سنا اور سمجھا ہے، اور یہاں یہ اعلان کرتا ہوں کہ میری / ہماری رضامندی / اجازت / ہمیں ایس ایم بی بی آٹھی کے کنسلٹنٹ یا مجاز طبی عملے کے ذریعے۔ کسی غیر قانونی اثر پا دباؤ کے تحت نہیں ہے اور نہ ہی مجھے پر زبردستی کی گئی ہے۔

گواہ

تاریخ وقت

مریض کا مجاز نمائندہ / خدمتگار

ڈاکٹر کا نام، دستخط / ٹپہ / تاریخ۔

اگر نامعلوم کیس / شفت ایڈمن / ایم ایل او

(کال پر ایڈمن) شفت ایڈمنسٹریٹر (اگر نامعلوم