



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

ଅଖିଳ ଭାରତୀୟ ଆୟୁର୍ବିଜ୍ଞାନ ସଂସ୍ଥାନ

BHUBANESWAR - 751019

ସହମତି ପତ୍ର

କେ.ପଞ୍ଜି.ସଂଖ୍ୟା / ଓ.ପି.ଡି ନମ୍ବର

ନାମ

ଜିଲ୍ଲା

ବୟସ

ପୁତ୍ର/ପୁତ୍ରୀ

ଫୋନ ନମ୍ବର

ସହମତି ପାଇଁ ସୂଚନା:

ଭେକ୍ସକ ଚିକିତ୍ସା, ନିଷ୍ଠେତକ ପ୍ରୟୋଗ / ଶଲ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା / ରୋଗ ନିଦାନ / ଚିକିତ୍ସା ନିମନ୍ତେ ପତ୍ର ।

- (୧) ମୁଁ ଏତତ ଦ୍ଵାରା ଅଖିଳ ଭାରତୀୟ ଆୟୁର୍ବିଜ୍ଞାନ ସଂସ୍ଥାନ ଏବଂ ଏହାର ଭାରପ୍ରାପ୍ତ କର୍ମଚାରୀଙ୍କୁ ଏହି ଅନୁମତି ପ୍ରଦାନ କରୁଛି କି [REDACTED] ଭେକ୍ସକ ଚିକିତ୍ସା, ଶଲ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା ରୋଗ ଏବଂ ନିଦାନ ନିଷ୍ଠେତକ ପ୍ରୟୋଗ ।
- (୨) ଏହା ମତେ ବୁଝାଇ ଦିଆଯାଉଅଛି କି ଚିକିତ୍ସା ସମୟରେ ଆକସ୍ମିକ ଭିତି ଉପରେ ହେଲେ ଶଲ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ଆଶୁ ଚିକିତ୍ସା ପଦ୍ଧତିର ଆବଶ୍ୟକତା ପଡିପାରେ ଯାହାକି ମୋର ପ୍ରାଥମିକ ରୋଗ ଠାରୁ ଅଲଗା ହୋଇପାରେ । ତେଣୁ ମୁଁ ଉପରୋକ୍ତ ଭାରପ୍ରାପ୍ତ କର୍ମଚାରୀଙ୍କୁ ଆବଶ୍ୟକ ଦରକାରୀ ଶଲ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା ଏବଂ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ପଦ୍ଧତି ପ୍ରୟୋଗ ନିମନ୍ତେ ଅନୁମତି ପ୍ରଦାନ କରୁଛି ।
- (୩) ମୁଁ ନିଷ୍ଠେତନ ଏବଂ ନିଷ୍ଠେତକ ଔଷଧର ଆବଶ୍ୟକ ପ୍ରୟୋଗ ନିମିତ୍ତ ଅନୁମତି ପ୍ରଦାନ କରୁଅଛି ।
- (୪) ମୁଁ ସୂଚିତ କରୁଛି କି ଉଚ୍ଚରକ୍ତଚାପ / ମଧୁମେହ / ରକ୍ତସ୍ରାବ / ହୃଦରୋଗ କିମ୍ବା [REDACTED] ରୋଗରେ ପୀଡିତ ଅଛି/ନାହିଁ ।
- (୫) ମୁଁ ମଧ୍ୟ ଏହା ସୂଚିତ କରୁଛି କି, ମୁଁ କୋଣସି ପ୍ରକାର ଏଲାର୍ଜି କିମ୍ବା ଅବାଞ୍ଚିତ ଔଷଧୀୟ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା ଦ୍ଵାରା ପୀଡିତ ନୁହେଁ ।
- (୬) ମୁଁ ଏପରି ଔଷଧୀୟ ପ୍ଲାଜମା ଓ ରକ୍ତ ପ୍ରଦାନ କିମ୍ବା ଆବଶ୍ୟକ ହେତୁ ଚିକିତ୍ସା ପଦ୍ଧତି ନିମିତ୍ତ ମଧ୍ୟ ଅନୁମତି ପ୍ରଦାନ କରୁଅଛି ।
- (୭) ଶଲ୍ୟ ଚିକିତ୍ସାର ପ୍ରକାର ଏବଂ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ଏବଂ ପଦ୍ଧତି ହେତୁ ଆବଶ୍ୟକ ସମ୍ଭାବନିୟ ବିକଳ ପଦ୍ଧତି, ଚିକିତ୍ସା ପରିଣାମ ଅନୁସାରେ ଆଶଙ୍କା ଏବଂ ସମ୍ଭାବନିୟ ଜଟିଳତା ଯାହାକି ମୋର ରୋଗ ନିରୂପଣ ପଦ୍ଧତି / ନିଦାନ ଏବଂ ମୋର ଚିକିତ୍ସା ଦ୍ଵାରା ଘଟିପାରେ , ମୋତେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ରୂପେ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ବୁଝିଅଛି ।
- (୮) ମତେ ସମସ୍ତ ଯେକୋଣସି ପ୍ରଶ୍ନ ପଚାରିବାର ଏବଂ ଯେକୋଣସି ଦ୍ଵିତୀୟ ମତ ନେବାର ସୁଯୋଗ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଅଛି ।
- (୯) ମୁଁ ସ୍ଵୀକାର କରୁଛି ଯେ ମତେ କୋଣସି ଚିକିତ୍ସା ପଦ୍ଧତି / ଚିକିତ୍ସା ସମ୍ବନ୍ଧରେ କୋଣସି ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି କିମ୍ବା ଗ୍ୟାରେଣ୍ଟି ଦିଆଯାଇନାହିଁ ।
- (୧୦) ମୁଁ ଭେକ୍ସକ ବିଜ୍ଞାନ , ବୈଜ୍ଞାନିକ କିମ୍ବା ଶିକ୍ଷା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ମୋର ଉପଯୁକ୍ତ ଅଙ୍ଗ ଉପରେ ହେଉଥିବା ଶଲ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା ଓ ଚିକିତ୍ସା ପଦ୍ଧତିରେ ଚିତ୍ରଲୋଚନ କିମ୍ବା ଦୂରଚିତ୍ରଭିକ୍ଷଣ ନିମନ୍ତେ ସହମତି ପ୍ରଦାନ କରୁଅଛି ଏହି ଉପରେ କି ମୋର ପରିଚୟ ଉକ୍ତ ଚିତ୍ରଦ୍ଵାରା ପ୍ରକାଶିତ ହେଉନଥିବ ।
- (୧୧) ଭେକ୍ସକ ଶିକ୍ଷାରା ଉଦ୍ଭବ ନିମନ୍ତେ ପର୍ଯ୍ୟବେକ୍ଷକୁ ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର କ୍ଷେତ୍ରକୁ ପ୍ରବେଶାନୁମତି ପ୍ରଦାନ କରୁଅଛି ।
- (୧୨) ମୁଁ ମଧ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କୁ ମୋର ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ଚିକିତ୍ସା ଦ୍ଵାରା ଅପସାରଣ କରାଯାଇଥିବା ଅଙ୍ଗ କିମ୍ବା ତତ୍ତ୍ଵ ଜଟାଦି ନଷ୍ଟ କରିଦେବାର ଅନୁମତି ପ୍ରଦାନ କରୁଅଛି ।

(13) ଯଦି କୌଣସି ଭି ଉତ୍ତର ବା ଜେବିକ ନମୁନା ଶିକ୍ଷାନୁଷ୍ଠାନ / ଅନୁସନ୍ଧାନ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ଆଗକୁ ବରକାର ପଡେ, ଏହାକୁ ଉଚିତ ରୂପରେ ଶରଙ୍ଗିତ କରି ରଖା ଯିବ

ମୁଁ ଏହା ସତ୍ୟ ବୋଲି ଜଣାଉଅଛି ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ଅନୁମତି ପତ୍ରରେ ଲିଖିତ ବୟାନ ମୋତେ ମୁଁ ବୁଝିବା ଭାଷାରେ ଏବଂ ବୁଝିବା କରିଦିଆ ଯାଇ ଅଛି। ଏବଂ ମୁଁ ଅନୁମତି ପତ୍ର ଜଡିତ [REDACTED] କୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ ରୂପେ ବୁଝି ନେଇଅଛି ଏବଂ ମୁଁ ଏହା ମଧ୍ୟ ଉପସ୍ଥାପନ କରୁଛି ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ବୟାନ ସମ୍ପାଦନ ଉଲ୍ଲେଖ ମୋ ଉପସ୍ଥିତି ଓ ପୂରଣ କରାଯାଇଅଛି ଏବଂ ଅନୁଯୋଯୁକ୍ତ ଧାଡି (ଅନୁଲେପ) କୁ ମୁଁ ହସ୍ତାକ୍ଷର / ବୁଦ୍ଧାଜ୍ଞା ଛାପ ଦେବା ପୂର୍ବରୁ କାଟିଦିଯାଯାଇଅଛି ।

ରୋଗୀଙ୍କ ହସ୍ତାକ୍ଷର / ଚିପ ଚିହ୍ନ

ନାମ [REDACTED]

ଦିନାଙ୍କ [REDACTED]

ସାକ୍ଷୀଙ୍କର ହସ୍ତାକ୍ଷର

୧. [REDACTED]

୨. [REDACTED]

ଯଦି ରୋଗୀ ନାବାଳିକା କିମ୍ବା ମାନସିକ ଅଥବା ଶାରୀରିକ ବିକଳାଙ୍ଗତ କାରଣରୁ ହସ୍ତାକ୍ଷର କରିବାରେ ଅସମର୍ଥ ଥିଲେ ।

ବାସ୍ତବିକ ଅଭିଭାବକ / ଅଭିଭାବିକ ହସ୍ତାକ୍ଷର / ଚିପ ଚିହ୍ନ

ଅଭିଭାବକ ନାମ ତଥା ରୋଗୀ ସହ ସମ୍ପର୍କ

ହସ୍ତାକ୍ଷର [REDACTED]

ନାମ [REDACTED]

ସାକ୍ଷୀଙ୍କର ଠିକଣା

୧. [REDACTED]

୨. [REDACTED]

ମୁଁ ପୂଷ୍ଟା କରୁ ଅଛି କି ମୁଁ ଉପଯୁକ୍ତ ସମ୍ପତ୍ତି ପତ୍ର ରେ ହସ୍ତାକ୍ଷର ଥିବା ରୋଗୀଙ୍କର ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର / ଉପଚାର ପଛଟି ତଥା ପ୍ରଭାବ ସମ୍ପର୍କରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ ସୂଚନା ଦେଇଛି ।

ଦାକ୍ତରୀରେ ଥିବା ଚିକିତ୍ସକ ର ହସ୍ତାକ୍ଷର

ନାମ [REDACTED]

ପଦନାମ [REDACTED]

ଦିନାଙ୍କ

14.10.2020