

تجویز کردہ ہنگامی علاج سے انکار

مریض کا نام:

تاریخ پیدائش:

فارم پر کرنے والے شخص کا نام (اگر مریض خود نہیں ہے):

مریض سے رشتہ:

فون نمبر:

تاریخ:

وقت:

مقام:

ڈاکٹر _____ نے مجھے مندرجہ ذیل ہنگامی وینٹیل / میکسلو فیشل ٹیسٹ، علاج، یا سرجری کروانے کا مشورہ دیا ہے:

اعترافات

میں درج ذیل باتوں کا اعتراف کرتا / کرتی ہوں:

- میرے اورل / میکسلو فیشل سرجن یا معالج نے مجھے میری طبی حالت کے بارے میں سمجھا دیا ہے۔
- تجویز کردہ ٹیسٹ / علاج / عمل کی وجوہات اور / یا مقصد مجھے واضح کر دیا گیا ہے۔
- تجویز کردہ ٹیسٹ / علاج / عمل کی نوعیت مجھے سمجھا دی گئی ہے۔
- تجویز کردہ ٹیسٹ / علاج / عمل کے خطرات اور فوائد مجھے بتا دیے گئے ہیں۔
- تجویز کردہ ٹیسٹ / علاج / عمل کے متبادل (بشمول علاج نہ کروانے کے) مجھے سمجھا دیے گئے ہیں۔
- میرے سوالات کے جوابات میری زبان میں اس طرح دیے گئے ہیں کہ میں ان سے پوری طرح مطمئن ہوں۔

انکار کے خطرات

میرے سرجن / معالج نے تجویز کردہ ٹیسٹ / علاج / عمل سے انکار کے خطرات مجھے بتا دیے ہیں۔ ان میں درج ذیل شامل ہیں، لیکن یہ ان تک محدود نہیں ہیں:

- شدید، ناقابلِ برداشت درد اور طویل تکلیف۔
- چہرے، گردن، سانس کی نالی یا خون میں شدید انفیکشن کا پھیلاؤ (سپیس)۔
- سانس کی نالی کا متاثر ہونا یا سانس لینے میں دشواری (جو کہ جان لیوا ایمر جنسی ہو سکتی ہے)۔
- چہرے کی مستقل خرابی، اعصاب (اُسوں) کو نقصان، یا دانتوں اور جبڑے کی ہڈی کا ناقابلِ تلافی نقصان۔
- میں سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ تجویز کردہ ٹیسٹ / علاج / عمل سے انکار کے ایسے خطرات بھی ہو سکتے ہیں جو ابھی تک معلوم نہیں ہیں۔

انکار کا فیصلہ

اگرچہ ڈاکٹر _____ کے مشورے پر عمل نہ کرنے اور تجویز کردہ ٹیسٹ / علاج / عمل نہ کروانے کے میرے انکار سے میری صحت شدید متاثر ہو سکتی ہے یا موت بھی واقع ہو سکتی ہے، میں تجویز کردہ ٹیسٹ / علاج / عمل سے انکار کرتا / کرتی ہوں اور اپنے اس فیصلے کے خطرات اور نتائج کو قبول کرتا / کرتی ہوں۔

میں سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ میں کسی بھی وقت ڈاکٹر _____ سے رابطہ کر کے اور اس انکار کو منسوخ کرنے کی کارروائی کر کے اپنا یہ فیصلہ تبدیل کر سکتا / سکتی ہوں۔

مريض کے دستخط (یا فارم پُر کرنے والے کے)

تاریخ

گواہ کے دستخط تاریخ

سرجن / معالج کے دستخط تاریخ