**శ్రీ సత్యసాయి పాలియేటివ్ కేర్ సెంటర్ - పుట్టపర్తి**

**మార్ఫీన్ నిర్వహణకు సమ్మతి పత్రం**

 పేరు:

 ID:

 వయసు:

నేను,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ అను రోగంతో బాధపడుతున్నాను. సెంటర్, పుట్టపర్తి వారిచే అందించబడుతున్న పాలియేటివ్ కేర్‌లో భాగంగా **మార్ఫీన్ మందును స్వీకరించడానికి నా అంగీకారాన్ని తెలియపరుస్తున్నాను**.

మార్ఫీన్ వాడకం వల్ల కలిగే ప్రయోజనాలు మరియు నష్టాలను డాక్టర్, పాలియేటివ్ కేర్ సిబ్బంది నాకు వివరించారు. వాటిని అవగాహన చేసుకున్నాను. నా పరిస్థితిలో నాకున్న చికిత్స అవకాశాల గురించి నాకు వివరించటం జరిగింది.

ఈ చికిత్సను ఎప్పుడైనా నిరాకరించే, లేదా ఉపసంహరించుకునే హక్కు నాకు ఉందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

రోగి/సంరక్షకుడి సంతకం: సిబ్బంది సంతకం: