శ్రీ సత్యసాయి పాలియేటివ్ కేర్ సెంటర్ - పుట్టపర్తి

**వైద్య సేవలు మీ ఇంటి వద్ద చేయుటకు ఇచ్చే అంగీకార పత్రం**

నేను \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (S/O,D/O, W/O) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ప్రాంత నివాసి \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, హోమ్ విసిట్/ఇంటి సందర్శనకు మరియు పాలియేటివ్ కేర్/ఉపశమన చికిత్స కొరకు ఇచ్చు అనుమతి పత్రం.

(పేషెంట్ అనుమతిపత్రం ఇవ్వలేని పరిస్థితిలో ఉన్నపుడు)

నేను \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (S/O,D/O, W/O) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , ప్రాంతం \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , పేషెంట్ /రోగి\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( పేషెంట్ పేరు) యొక్క \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ అగు నేను పేషెంట్ తరపున హోమ్ విసిట్ మరియు పాలియేటివ్ కేర్ చికిత్స కొరకు ఇచ్చు అంగీకారపత్రం.

1. ఇంటివద్దే వైద్యసేవలు అందించు సమయంలో నాకు డాక్టర్, నర్స్, ఫీజియోథెరపీ, కౌన్సిలింగ్, సర్వీసులు/సేవలు అనేవి వైద్య సేవకు తగినట్లుగా అందుబాటులో ఉంటాయి కానీ **ప్రతిసారీ వైద్యుడు అందుబాటులో ఉండలేకపోవచ్చు** అని నాకు అర్ధమయింది.
2. ఇది **అత్యవసర సేవ కాదని** ఇంటివద్ద వైద్యసేవలు రోగి అవసరాన్ని బట్టి పాలియేటివ్ కేర్ బృందం అంచనా ప్రకారం మరియు అందుబాటును అనుసరించి ఉంటాయని అర్ధమయింది.
3. చికిత్స చేసే డాక్టర్ అవసరం/ముఖ్యమైనవి అని భావించిన రోగనిర్ధారణ పరీక్షలు చేయుటకు , చికిత్స, మరియు వైద్య విధానాలకు (పద్ధతులకు ) నా అంగీకారం తెలియచేస్తున్నాను. చికిత్సలో భాగంగా: యూరినరీ క్యాథెటర్ అమర్చటం/మార్చటం, గాయానికి(పుండుకు ) డ్రెస్సింగ్ చేయటం, ఎనిమా, ఇంజెక్షన్స్ (సూదిమందు) , ఆస్కిటిక్ టాప్, స్టోమా కేర్, మౌత్ కేర్ (నోరు శుభ్రంచేయటం), లింఫ్ ఏడీమా (వాపుల నుంచి రక్షణ), వ్యాయామం ఇంకా సంబంధిత ఇతర సేవలు ఉంటాయి.
4. ప్రాధమికంగా ఉన్న వ్యాధికి పూర్తి నివారణ ఈ సేవ ద్వారా సాధ్యం కాదు, హోమ్ కేర్ సేవల ద్వారా కేవలం వ్యాధి వలన కలుగుతున్న బాధ నుండి ఉపశమనం మరియు వీలైనంత ఓదార్పు దొరికే లాగ చేయటం అని నాకు అర్ధమయింది.
5. వైద్యులు/డాక్టర్ సూచించిన విధంగా చికిత్స చేయించుకోడానికి ఇంకా భవిష్యత్తులో మరిన్ని హోమ్ కేర్ సేవ లేదా ఫోన్ ద్వారా సేవలకు అందుబాటులో ఉంటానని నేను అంగీకరిస్తున్నాను.
6. చికిత్స /వ్యాధి కి సంబంధించిన పరిణామాలకు వైద్య సిబ్బంది లేదా సేవలను భాద్యులను చేయనని అంగీకరిస్తున్నాను.

నాకు ప్రశ్నలు అడుగుటకు, సందేహాలు తీర్చుకొనుటకు అవకాశం ఇవ్వబడింది. నాకు నా మాతృభాషలో అర్ధమయ్యేట్లుగా వివరించబడింది.

| పేషెంట్ సంతకం/వేలిముద్ర  | బంధువు/సంరక్షకుని సంతకం/వేలిముద్ర | సాక్షి నర్స్/డాక్టర్  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

సంప్రదించవలసిన నెంబరు. తేదీ మరియు సమయం: