

శ్రీ సత్యసాయి పాలియేటివ్ కేర్ సెంటర్ - పుట్టపర్తి

అంతిమ దశ సంరక్షణకు అంగీకార పత్రం (End Of Life Care)

రోగి వివరాలు:

పేరు/వయసు:

ID:

వ్యాధి:

_____ అను నేను, పేషంట్ కు _____ అవుతాను. పేషంట్ యొక్క ప్రధాన సంరక్షకుడిగా నేను ఈ పత్రంపై సంతకం చేస్తున్నాను.

(patient:) _____ ప్రస్తుతం _____ తో బాధపడుతున్నారు, మరియు వారి ఆరోగ్యం గణనీయంగా క్షీణించింది. బహుళ అవయవ వైఫల్యం వంటి కారణాల వల్ల కోలుకోవడానికి ఇకపై అవకాశాలు లేవని వైద్య బృందం వివరించింది.

ఈ పరిస్థితుల్లో ఇంట్యూబేషన్, రిససిటేషన్, వెంటిలేషన్ వంటి కృత్రిమ జీవ సహాయ చర్యలు అవసరం లేదని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. నొప్పి నివారణ, సౌకర్యం, ఉపశమనం, మిగిలిన జీవితంలో గౌరవం కాపాడటంపై దృష్టి పెట్టటం అవసరం అని నేను అనుకుంటున్నాను.

తగిన సమయంలో లక్షణాలకు తగిన వైద్యం మరియు నర్స్ సంరక్షణ అందించడం కొనసాగించాలని నేను కోరుకుంటున్నాను. ఈ దశలో నిపుణులైన పాలియేటివ్ కేర్ బృందం వారి సేవలను కొనసాగించడానికి నేను ప్రాధాన్యత ఇస్తున్నాను.

పేషంట్ పరిస్థితి ఎప్పుడైనా విషమించవచ్చు అని, పాలియేటివ్ కేర్లో పేషంట్ లక్షణాలకు మాత్రమే చికిత్స ఇస్తారు కానీ, పేషంట్ పరిస్థితి దిగజారటానికి కారణమైన రోగానికి చికిత్స ఇవ్వరని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

పేషంట్ తో బంధుత్వం:

సంతకం:

తేదీ/సమయం/స్థలం :

డాక్టర్ సంతకం:

గమనిక:

* సంతకం చేయడానికి ముందు ఈ పత్రంలోని అన్ని విషయాలను జాగ్రత్తగా చదవండి.

* మీకు ఏవైనా ప్రశ్నలు ఉంటే, మీ వైద్యుడిని సంప్రదించడానికి సంకోచించకండి.