

శ్రీ సత్యసాయి పాలియేటివ్ కేర్ సెంటర్ - పుట్టపర్తి

అసైటిక్ ట్యాపింగ్ కు సమ్మతి పత్రం

తేదీ: _____

పేరు:

వయసు:

ID:

రోగ నిర్ధారణ:

నేను, _____

నా వ్యాధి చికిత్సలో భాగంగా సత్య సాయి పాలియేటివ్ కేర్ సెంటర్, పుట్టపర్తి వారిచే అందించబడుతున్న అసైటిక్ ట్యాపింగ్ చికిత్సకు నా సమ్మతిని తెలియజేస్తున్నాను.

అసైటిక్ ట్యాపింగ్ చికిత్స యొక్క 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/బంధువు/సంరక్షకుడి సంతకం:

సిబ్బంది సంతకం:

అదనపు సమాచారం:

* అసైటిక్ ట్యాపింగ్ అనేది ద్రవం పేరుకుపోయిన కడుపు నుండి ద్రవాన్ని తొలగించడానికి ఒక ప్రక్రియ.

* అసైటిక్ ట్యాపింగ్ చాలా సురక్షితమైన చికిత్స, కానీ కొన్ని దుష్ప్రభావాలు ఉండవచ్చు.