330058

Facility:

NYC HEALTH + HOSPITALS

Chart No.

Name

Unit

(Patient Imprint Card)

চিকিৎসার জন্য সাধারণ সম্মতি
(GENERAL CONSENT FOR TREATMENT)

FORM A

ভর্তি হওয়া রোগী, বহির্বিভাগীয় রোগী এবং/অথবা জরুরি বিভাগের সেবাপ্রার্থী রোগীদের জন্য।
For patients seeking in-patient, out-patient and/or emergency room services.

১. আমি এই প্রতিষ্ঠান থেকে স্বাস্থ্য পরিচর্যা ও চিকিৎসা পেতে চাই এবং পরিষেবাগুলো গ্রহণ করতে সম্মত আছি যা রোগ নির্ণয় করতে পারে, আমার রোগের চিকিৎসার জন্য প্রক্রিয়াসমূহ এবং নিয়মিত দন্ত ও চিকিৎসা সেবা, যার মধ্যে টিকা গ্রহণ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। আমি বুঝতে পারছি যে এই পরিষেবা আমাকে প্রদান করবেন চিকিৎসক, দাঁতের ডাক্তার, নার্স, ধাত্রী, চিকিৎসকের সহকারী এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীরা, যাদের কেউ কেউ হয়তো প্রশিক্ষণাধীন থাকতে পারেন। আমি যে পরিষেবাগুলো পাবো সেগুলোর ফলাফল সম্পর্কে আমাকে কোনো নিশ্চয়তা প্রদান করা হয়নি।

২. আমি বুঝতে পারছি যে এই সব পরিষেবাগুলো গ্রহণ করার জন্য আমার সম্মতি কার্যকর থাকবে যদি না আমি বলি যে আমি আর এই পরিষেবাগুলো চাই না অথবা যতক্ষণ পর্যন্ত না আমার চিকিৎসা সম্পন্ন হয়।

৩. আমি বুঝতে পারছি যে এই সব পরিষেবাগুলো গ্রহণ করার জন্য আমার সম্মতিকে বলা হয় সাধারণ সম্মতি এবং এতে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যে কোনো নিয়মিত প্রক্রিয়া (সমূহ) বা চিকিৎসা(সমূহ) যেমন রক্ত সংগ্রহ, শারীরিক পরীক্ষা, ওষুধ(গুলো) প্রয়োগ, এক্স-রে করা, স্থানীয় অনুভূতিনাশকের ব্যবহার এবং অন্যান্য অনধিক্রামক (নন-ইনভেসিভ) প্রক্রিয়াসমূহ।

_______________________________________ _____________________ এবং _______________ সকাল (am)
রোগীর স্বাক্ষর অথবা অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীর পিতামাতা/আইনসম্মত অভিভাবকের স্বাক্ষর **তারিখ** **(and)** **সময়** **বিকাল (pm)**
(Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor Patient) **(Date)** **(Time)**

If the patient cannot consent for him/herself, the signature of either the health care agent or legal guardian who is acting on behalf of the patient, or the patient's surrogate who is consenting to the treatment for the patient, must be obtained.

_______________________________________ _____________________ এবং _______________ সকাল (am)
রোগীর স্বাক্ষর অথবা পিতামাতা/আইনসম্মত অভিভাবকের স্বাক্ষর **তারিখ** **(and)** **সময়** **বিকাল (pm)**
(Signature of Health Care Agent/Legal Guardian) **(Date)** **(Time)**
(Place a copy of the authorizing document in the medical record)

_______________________________________ _____________________ এবং _______________ সকাল (am)
প্রতিনিধির স্বাক্ষর এবং তার সাথে সম্পর্ক **তারিখ** **(and)** **সময়** **বিকাল (pm)**
(Signature and Relation of Surrogate) **(Date)** **(Time)**

সাক্ষী (WITNESS):

I, ____ am a staff member who is not the patient's physician or authorized health care provider and I have witnessed the patient or other appropriate person voluntarily sign this form.

_______________________________________ _____________________ এবং _______________ সকাল (am)
সাক্ষীর স্বাক্ষর এবং পদবী (Signature and Title of Witness) **তারিখ** **(and)** **সময়** **বিকাল (pm)**
(Date) **(Time)**

দোভাষী/অনুবাদক (INTERPRETER/TRANSLATOR): (To be signed by the interpreter/translator if the patient required such assistance)

To the best of my knowledge the patient understood what was interpreted/translated and voluntarily signed this form.

_______________________________________ _____________________ এবং _______________ সকাল (am)
দোভাষী/অনুবাদকের স্বাক্ষর (Signature of Interpreter/Translator) **তারিখ** **(and)** **সময়** **বিকাল (pm)**
(Date) **(Time)**