



மகாத்மா கண் மருத்துவமனை (பி) லிமிடெட்

No. 6, சேஷபுரம், தென்னூர், திருச்சி - 620 017



COVID-19 தொற்று அவசர கண் சிகிச்சை ஒப்புதல் படிவம்

நோயாளியின் பெயர் :

வயது :

நாவல் கொரோனா வைரஸ் **COVID-19** எனப்படும் நோயை ஏற்படுத்துகிறது என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன். நாவல் கொரோனா வைரஸிற்கு நீண்ட நோயரும்பல் காலம் இருப்பதால் இந்த நேரத்தில் வைரஸைப் பரப்பும் காரணிகள் அறிகுறிகளைக் காட்டாது, மேலும் இது தொற்றாகவும் இருக்கலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

கொரோனாவால் ஏற்பட்டுள்ள இந்த அவசரகால நடைமுறை காலத்தில், அவசர சிகிச்சைக்காக நானே மருத்துவமனைக்கு வந்துள்ளேன்.

தற்போதைய தொற்றுநோய் சூழ்நிலையில் அனைத்து அவசரமற்ற கண் சிகிச்சையும் அனுமதிக்கப்படவில்லை என்ற உண்மையை நான் அறிந்திருக்கிறேன்.

நான் ஒரு அறிகுறியற்ற கேரியர் அல்லது **COVID 19** உடன் கண்டறியப்படாத நோயாளி என்றால், இது மருத்துவர்கள் மற்றும் மருத்துவமனை ஊழியர்களுக்கு ஆபத்தை ஏற்படுத்தக்கூடும் என்று நான் சந்தேகிக்கிறேன். பொருத்தமான முன்னெச்சரிக்கை நடவடிக்கைகளை மேற்கொள்வதும், அவர்கள் பரிந்துரைத்த நெறிமுறைகளைப் பின்பற்றுவதும் எனது பொறுப்பு.

மருத்துவமனையிலிருந்து அல்லது மருத்துவரிடமிருந்து எனக்கு தொற்று ஏற்படக்கூடும் என்பதை நான் அறிவேன். மேலும் இது நடக்காமல் தடுக்க எல்லா முன்னெச்சரிக்கை நடவடிக்கைகளையும் எடுப்பேன். ஆனால் எனக்கோ அல்லது என் உடன் வருபவர்களுக்கோ இதுபோன்ற தொற்று ஏற்பட்டால் மருத்துவர்கள் மற்றும் மருத்துவமனை ஊழியர்களைக் காரணம் சொல்ல மாட்டேன்.

நான் அல்லது எனது உதவியாளர் மருத்துவமனைக்குச் சென்று வந்தபின் **COVID 19** நோய்த்தொற்று ஏற்பட்டால், மருத்துவமனை அதிகாரிகளுக்கு விரைவில் அறிவிப்பேன். இது எனது வருகை நாளில் இருந்த நோயாளிகள் / உதவியாளர்கள் மற்றும் மருத்துவமனை ஊழியர்களை சரியான முறையில் கண்காணிக்க உதவி செய்யும்.

இந்த படிவத்தில் நான் வழங்கிய தகவல்கள் உண்மை மற்றும் துல்லியமானவை என்பதை உறுதிசெய்கிறேன். **COVID-19** தொற்றுநோயின் போது செய்யப்பட்ட அவசர சிகிச்சைக்கு நான் விருப்பத்துடன் ஒப்புக்கொள்கிறேன். எனது உண்மைகளையும் தொடர்புடைய விவரங்களையும் நான் மறைத்தால், எனக்குத் தெரிந்தோ அல்லது தெரியாமலோ என் நடத்தை அல்லது நடவடிக்கை காரணமாக மருத்துவமனை ஊழியர்கள் நோய்த்தொற்றால் பாதிக்கப்பட்டால், நீதிமன்றத்தில் தகுந்த இழப்பீடு வழங்க நான் பொறுப்பேற்கக்கூடும்.

நோயாளியின் கையொப்பம் / கட்டைவிரல் ரேகை

பெயர் :

நாள் :

அலைபேசி எண் :

முகவரி :

உறவினர் / நண்பர் :

நாள் :

அலைபேசி எண் :

உறவினர் / நண்பர் கையொப்பம்

மருத்துவர் / மருத்துவமனை பணியாளர் :

நாள் :

மருத்துவர் / மருத்துவமனை பணியாளர் கையொப்பம்



MAHATHMA EYE HOSPITAL (P) LIMITED

No. 6, Seshapuram, Tennur, Trichy - 620 017



COVID-19 Pandemic Emergency Ophthalmic Treatment Consent Form

Patient name :

Age :

I understand the novel coronavirus causes the disease known as COVID-19. I understand the novel coronavirus virus has a long incubation period during which carriers of the virus may not show symptoms and still be contagious.

During the lockdown in the wake of the current Corona companion, I have come to the hospital by myself for Emergency Treatment.

I have been made aware of the fact that under the current pandemic all non-urgent ophthalmic care is not allowed.

If I am an asymptomatic carrier or an undiagnosed patient with COVID 19, I suspect it may endanger doctors and hospital staff. It is my responsibility to take appropriate precautions and to follow the protocols prescribed by them.

I am aware that I may get an infection from the hospital or from a doctor, and I will take every precaution to prevent this from happening, but I will not at all hold doctors and hospital staff accountable if such infection occurs to me or my accompanying persons.

In case I or my attendant get the COVID 19 infection after the visit to the hospital, I will inform the hospital authorities at the earliest, so that appropriate tracking of the patients/attendants and hospital staff present on the day of my visit can be done.

I verify the information I have provided on this form is truthful and accurate. I knowingly and willingly consent to emergency treatment completed during the COVID-19 pandemic. If I hide my facts and relevant details and because of my knowing or unknowing behaviour or action the hospital staff gets infected, I may be held responsible for appropriate compensation in the court of law.

SIGNATURE/THUMB IMPRESSION OF PATIENT

Name : Date:

Mobile No. :

Address :

Name of the Attendant : Date:

Mobile No. :

Signature of the Attendant

Name of the Doctor/Hospital Personnel : Date:

Signature of the Doctor/ Hospital Personnel