



بیمارستان فوق تخصصی چشم پزشکی الزهراء (رامضان)

جامعہ علوم طب و خدماتِ صحتِ عامہ زاہدان  
Zahedan University Of Health and Medical Sciences  
ہسپتال انکھ الزہرا



ID Code: کد ملی:

**ALZAHRA EYE Hospital**  
رضایت نامہ اور برائت نامہ تشخیصی/  
علاجی/جراحی کے اقدامات کے لیے

File No: فائل نمبر:

Attending Physician	معالج ڈاکٹر:	Ward	حصہ:	Name	نام:	Family Name	خاندانی نام:
Date of Admission	تاریخ داخلہ:	Room	کمرہ:	Date of Birth	تاریخ پیدائش:	Father's Name	والد کا نام:
		Bed	بستر:				

یہ حصہ معالج ڈاکٹر کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا

<p>میں، ڈاکٹر ..... مذکورہ بالا مریض کا معالج ڈاکٹر، تشخیصی/علاجی/جراحی کے عمل کے بارے میں جو ..... کے بارے میں جو ..... بیماری کی تشخیص یا علاج کے لیے کیا جا رہا ہے، کافی وضاحتیں اور ضروری آگاہی فراہم کی ہے، بشمول اس کے اہم فوائد، ممکنہ ضمنی اثرات اور نتائج، اور متبادل طریقوں کے بارے میں، جناب/محترمہ ..... مریض/مریض کے قانونی نمائندہ کو، جس میں شامل ہیں: علاج ڈاکٹر کا دستخط اور مہر: تاریخ اور وقت:</p>							
فوائد تجویز کردہ تشخیصی/علاجی/جراحی کے طریقہ کار کا استعمال:	ممكنہ ضمنی اثرات اور خطرات (علمی معیار کے اصولوں کی پیروی کے باوجود)	متبادل تشخیصی/علاجی/جراحی کے طریقہ کار یا طریقہ کار:					
1	1	1					
2	2	2					
3	3	3					

یہ حصہ مریض/ولی یا قانونی نمائندہ کے ذریعہ رضامندی نامہ حاصل کرنے کے لیے مکمل کیا جائے گا۔

<p>میں، ..... مریض / قانونی ولی/شوہر (اگر شادی شدہ ہو) فرزند ..... شناختی نمبر / پاسپورٹ نمبر ..... تاریخ پیدائش ...../...../..... نے اس فارم کو مکمل طور پر پڑھا ہے اور فراہم کردہ وضاحتوں سے آگاہ ہوں۔ تشخیصی/علاجی/جراحی کے عمل کے فوائد، ممکنہ ضمنی اثرات، متبادل طریقوں اور عدم قبول کرنے کے نتائج کے بارے میں، اور میں نے جناب/محترمہ ڈاکٹر ..... کی موجودگی میں، مکمل اختیار، علم اور فہم کے ساتھ، مذکورہ کارروائی کے لیے اپنی رضامندی کا اعلان کیا ہے اور تشخیصی اور طبی عملے کو بشمول،</p>							
<p>حقیقی - قانونی کسی بھی ممکنہ ضمنی اثر کے ظہور سے پیدا ہونے والی ذمہ داری اور ضمانت سے بری کر دیں جو سائنسی، تکنیکی اور قانونی اصولوں کی پیروی کے باوجود ہو سکتا ہے، اور میں کوئی دعویٰ نہیں کروں گا، چاہے وہ مجرمانہ یا قانونی ہو۔</p>							
<p>مریض/ولی/قانونی نمائندہ کا دستخط اور انگوٹھے کا نشان:</p>				<p>مریض کے شوہر کا دستخط اور انگوٹھے کا نشان (متاثرہ - خواتین کی سرجری کے لیے)**</p>			
<p>نام اور خاندانی نام:</p>				<p>نام اور خاندانی نام:</p>			
<p>تاریخ اور وقت:</p>				<p>تاریخ اور وقت:</p>			

یہ حصہ مریض/قانونی ولی کے ذریعہ بریت نامہ حاصل کرنے کے لیے مکمل کیا جائے گا۔

<p>میں، ..... بیمار / قانونی ولی/شوہر (اگر شادی شدہ ہو) فرزند ..... شناختی نمبر / پاسپورٹ نمبر ..... تاریخ پیدائش ...../...../..... نے اس فارم کو مکمل طور پر پڑھا ہے اور فراہم کردہ وضاحتوں سے آگاہ ہوں۔ تشخیصی/علاجی/جراحی کے عمل کے فوائد، ممکنہ ضمنی اثرات، متبادل طریقوں اور عدم قبول کرنے کے نتائج کے بارے میں، اور میں نے جناب/محترمہ ڈاکٹر ..... کی موجودگی میں، مکمل اختیار، علم اور فہم کے ساتھ، مذکورہ کارروائی کے لیے اپنی رضامندی کا اعلان کیا ہے اور تشخیصی اور طبی عملے کو بشمول،</p>							
<p>امضاء و اثر انگشت بیمار/ولی /نمائندہ قانونی:</p>							
<p>امضاء و اثر انگشت ہمسر بیمار(متاثرہ -جہت اعمال جراحی زنان)</p>				<p>امضاء و اثر انگشت بیمار/ولی /نمائندہ قانونی:</p>			
<p>نام و نام خانوادگی:</p>				<p>نام و نام خانوادگی:</p>			
<p>تاریخ و ساعت:</p>				<p>تاریخ و ساعت:</p>			
<p>اگر آپ تجویز کردہ تشخیصی/علاجی/جراحی کے طریقہ کار سے مطمئن نہیں ہیں یا رضامندی سے ہسپتال چھوڑنا چاہتے ہیں، تو براہ کرم درج ذیل حصہ مکمل کریں:</p>							

میں نے معالج عملے کی طرف سے فراہم کردہ وضاحتوں کے ذریعے مذکورہ تشخیصی/علاجی/جراحی کے عمل کی ضرورت کو مکمل طور پر سمجھ لیا ہے۔ تاہم، میں اسے کرنے سے انکار کرتا ہوں اور تشخیصی اور طبی عملے (حقیقی اور قانونی دونوں) کو کسی بھی مجرمانہ یا قانونی کارروائی سے بری کرتا ہوں اور مذکورہ تشخیصی/علاجی/جراحی کے عمل سے محروم ہونے اور اس کے نتیجے میں ہونے والے نتائج کی ذمہ داری قبول کرتا ہوں۔

دستخط اور مہر، ہسپتال کے سیکشن/سپروائزر کے ذمہ دار:	علاج ڈاکٹر کا دستخط اور مہر:	مریض/ولی/قانونی نمائندہ کا دستخط اور انگوٹھے کا نشان:
تاریخ اور وقت:	تاریخ اور وقت:	نام اور خاندانی نام:
		تاریخ اور وقت:

یہ حصہ گواہوں کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا۔

<p>گواہ نمبر 2:</p> <p>نام اور خاندانی نام.....</p> <p>والد کا نام.....</p> <p>شناختی نمبر/پاسپورٹ نمبر : .....</p> <p>مریض سے تعلق.....</p> <p>گواہ نمبر 1 کا دستخط اور انگوٹھے کا نشان:</p> <p>تاریخ اور وقت:</p>	<p>گواہ نمبر 1:</p> <p>نام اور خاندانی نام.....</p> <p>والد کا نام.....</p> <p>شناختی نمبر/پاسپورٹ نمبر : .....</p> <p>مریض سے تعلق.....</p> <p>گواہ نمبر 1 کا دستخط اور انگوٹھے کا نشان:</p> <p>تاریخ اور وقت:</p>
---	---

یہ حصہ، اگر مشاورت کی درخواست کی گئی ہو تو، ہسپتال کے طبی قانونی ماہر کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا۔

<p>1. وصول کنندہ خدمت/ولی/قانونی نمائندہ وصول کنندہ خدمت کے ساتھ انٹرویو اور کلینیکل فائل کا جائزہ لینے کے بعد، آگاہانہ رضامندی حاصل کرنے کے لیے طبی قانونی ماہرین کی طرف سے خصوصی مشاورت دی گئی ہے اور مشاورت کی ورق پر ریکارڈ کیا گیا ہے تاکہ اسے مزید کارروائی کے لیے استعمال کیا جا سکے۔</p> <p>2. وصول کنندہ خدمت/ولی/قانونی نمائندہ وصول کنندہ خدمت کی شناختی دستاویزات فائل میں درج معلومات کے مطابق ہیں۔</p> <p>3. وصول کنندہ خدمت/ولی/قانونی نمائندہ وصول کنندہ خدمت کو طبی رضامندی نامہ دینے اور طبی معاملات میں فیصلے کرنے کی صلاحیت اور قانونی صلاحیت ہے۔</p> <p>4. اگر مریض تجویز کردہ علاج کو مسترد کرتا ہے اور رضاکارانہ طور پر ہسپتال/علاج کے مرکز کو چھوڑنے کی درخواست کرتا ہے، تو طبی قانونی ماہرین کی رائے اس درخواست کی قانونی صحت اور اعتبار کے بارے میں مشاورت فارم پر ریکارڈ کی جائے گی۔</p> <p>طبی قانونی ماہر کا دستخط اور مہر:</p> <p>تاریخ و ساعت :</p>	<p>مریض/ولی/قانونی نمائندہ کا دستخط اور انگوٹھے کا نشان:</p> <p>تاریخ اور وقت:</p>
--	--

یہ حصہ اینسٹھیزیولوجسٹ کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا۔

<p>میں، ڈاکٹر ..... مذکورہ بالا مریض کے لیے اینسٹھیزیولوجسٹ، فرام کر چکا ہوں۔ جو بیماری کی تشخیص اور علاج کے لیے کیا جاتا ہے۔ میں نے یہ وضاحتیں اور معلومات مریض/وصول کنندہ خدمت/وصول کنندہ خدمت کے قانونی نمائندہ، مسٹر/مسز ..... کو فراہم کی ہیں۔</p> <p>فوائد:</p> <p>ممکنہ ضمنی اثرات یا خطرات (سائنسی معیار کے اصولوں کی پیروی کے باوجود):</p> <p>متبادل طریقہ کار یا طریقہ کار:</p> <p>اینسٹھیزیولوجسٹ کا دستخط اور مہر:</p> <p>تاریخ اور وقت:</p>	<p>اینسٹھیزیولوجسٹ کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا۔</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>جان لیوا ہنگامی صورتوں میں آگاہ رضامندی حاصل کرنا لازمی نہیں ہے۔</li> <li>اسلامی مجازات کے قانون کی دفعہ 59 کے مطابق، رضامندی/بریت سب سے پہلے خود مریض سے لی جائے گی، تاہم بے ہوش، نابالغ اور پاگل افراد کے معاملے میں، مریض کے ولی/قانونی نمائندے سے رضامندی حاصل کی جائے گی۔ تاہم، اسلامی شریعت میں، ولی سے مراد، ترتیب وار، والد، دادا، شرعی حاکم، اور مخصوص حالات میں، قانون کے حکم کے ساتھ اس کے رشتہ دار ہیں۔</li> <li>تشخیصی اقدام: تشخیصی شعاعیں، اینجیوگرافی، ERCP، لیپروسکوپی اور دیگر۔</li> <li>علاجی اقدام: شاک تھراپی، کیموتھراپی، خون اور خون کی مصنوعات، بے ہوشی اور درمیانی سے گہری راحت اور دیگر۔</li> <li>سرجیکل اقدام: تشخیصی لیپاروٹومی، بائیوپسی اور دیگر۔</li> <li>تھاجمی اقدامات میں جلد پر تھاجمی اقدامات کی ایک رینج شامل ہے جس میں کم از کم شدت (بائیوپسی، ایکسیژن، گہری کرائوتھراپی بدخیم ضایعات کے لیے، پروپ یا کیتھیٹر کی تبدیلی اور...) سے لے کر اعلیٰ درجے کے متعدد پیوند تک شامل ہیں۔ (تھاجمی طریقہ کاروں کی فہرست سیکشن میں دستیاب ہے۔)</li> <li>مریض/قانونی نمائندہ کی توجہ:</li> <li>تشخیصی/علاجی/سرجیکل طریقہ کار کے لیے رضامندی صرف اس معالج کے ذریعہ حاصل کی جا سکتی ہے جس کے پاس پڑھنے کے قابل شناختی کارڈ ہوں، جس میں ایک تصویر ہو اور ایک میٹر کے فاصلے سے دیکھا جا سکے اور پڑھا جا سکے اور اس کی چھاتی پر نصب ہو۔ اس رضامندی نامے کی شرائط کو سمجھنے کے لیے، آپ کو اپنے معالج سے سوالات پوچھنے کا حق حاصل ہے اور مکمل طور پر سمجھنے اور آگاہ ہونے کے بعد دستخط کرنے کی کارروائی کریں۔</li> </ul>	<p>اینسٹھیزیولوجسٹ کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا۔</p>
---	---