Indian Dental Association Kerala State Branch	COVID 19 (കോവിഡ്–19) ദന്തചികിത്സയ്ക്കെത്തുന്നവരുടെ അറിവോടെയുള്ള സമ്മതപത്രം

പേര് : -- വയസ്സ് / ലിംഗം : ---------------- M / F

ജോലി : -- മൊബൈൽ നമ്പർ : ----------------

മേൽവിലാസം : -- തിയ്യതി / സമയം : ----------------

	കോവിഡ് 19 ചോദ്യാവലി	ഉണ്ട്	ഇല്ല
1	നിങ്ങൾക്കോ നിങ്ങളുടെ കുടുംബാംഗങ്ങൾക്കോ/സഹവാസികൾക്കോ കോവിഡ്–19 രോഗബാധ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ ?		
2	നിങ്ങളോ നിങ്ങളുടെ കുടുംബാംഗങ്ങളോ/സഹവാസികളോ ആരോഗ്യ വകുപ്പിൻ്റെ നിർദ്ദേശ പ്രകാരം നിരീക്ഷണത്തിൽ കഴിഞ്ഞിട്ടുള്ളവരാണോ ?		
3	നിങ്ങൾക്ക് പനി, ശരീരവേദന, ചുമ തുമ്മൽ, തൊണ്ടവേദന, ശ്വാസതടസ്സം എന്നീ ലക്ഷണങ്ങൾ ഏതെങ്കിലും ഉണ്ടോ ?		
4	മുകളിലെ ചോദ്യത്തിന് **'അതേ'** എന്നാണ് ഉത്തരം എങ്കിൽ നിങ്ങൾ ഡോക്ടറെ സമീപിച്ചിട്ടുണ്ടോ ?		
5	നിങ്ങളോ നിങ്ങളുടെ സഹവാസികളോ കഴിഞ്ഞ 45–ദിവസത്തിനുള്ളിൽ മറ്റു രാജ്യങ്ങളിലേയ്ക്കോ/ സംസ്ഥാനങ്ങളിലേയ്ക്കോ യാത്ര ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ ?		
6	നിങ്ങളുടെ കുടുംബാംഗങ്ങൾക്ക് ആർക്കെങ്കിലും പനി, ശരീരവേദന, ചുമ, തുമ്മൽ, തൊണ്ടവേദന, ശ്വാസതടസ്സം എന്നിവയുടെ രോഗ പശ്ചാത്തലം ഉണ്ടോ ?		
7	നിങ്ങൾക്ക് മറ്റെന്തെങ്കിലും അസുഖം ഉണ്ടോ ? (ഉണ്ടെങ്കിൽ വിവരങ്ങൾ നൽകുക)		
8	നിങ്ങൾ കോവിഡ് –19 തീവ്രബാധിത പ്രദേശത്ത് (ഹോട്ട് സ്പോട്ടുകൾ) കഴിയുന്ന ആളോ അല്ലെങ്കിൽ കഴിഞ്ഞ 45– ദിവസത്തിനുള്ളിൽ അത്തരത്തിലുള്ള ഏതെങ്കിലും പ്രദേശം സന്ദർശിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ ?		
9	നിങ്ങൾ കഴിഞ്ഞ 14 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ Covid 19 സ്ഥിരീകരിച്ച ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിയുമായി സമ്പർക്കം പുലർത്തിയിട്ടുണ്ടോ ?		
10	നിങ്ങൾ അടുത്തിടെ ഏതെങ്കിലും ആൾക്കൂട്ടങ്ങളിലോ കൂടിച്ചേരലുകളിലോ പങ്കെടുക്കുകയോ പരിചയമില്ലാത്ത കൂടുതൽ വ്യക്തികളുമായി അടുത്തിടപഴകുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ ?		

ഞാൻ -- ഈ ദന്താശുപത്രിയിൽ ചികിത്സയ്ക്ക് വന്നതാണ്. എന്നെ ചികിത്സിക്കണമോ/ചികിത്സ മാറ്റി വെയ്ക്കണമോ/മറ്റു ചികിത്സാ കേന്ദ്രങ്ങളിലേയ്ക്ക് നിർദ്ദേശിക്കണമോ എന്ന തീരുമാനം ഡോക്ടറിൽ നിക്ഷിപ്തമാണ്.

ഞാൻ ലക്ഷണങ്ങൾ പ്രകടിപ്പിക്കാത്ത കോവിഡ്–19 രോഗവാഹകനോ, നിർണ്ണയിക്കപ്പെടാത്ത രോഗിയോ ആവാമെങ്കിൽ അത് എന്നെ പരിശോധിക്കുന്ന ഡോക്ടറെയും ആശുപത്രി ജീവനക്കാരെയും അപകടപ്പെടുത്തുമെന്ന് കരുതുന്നു. അവർ അനുശാസിക്കുന്ന ഉചിതമായ മുൻകരുതലുകൾ എടുക്കേണ്ടതും വ്യവസ്ഥകൾ പാലിക്കേണ്ടതും എൻ്റെ കർത്തവ്യവും ഉത്തരവാദിത്തവുമാകുന്നു. ഞാൻ നിലവിൽ തന്നെ ലക്ഷണങ്ങൾ പ്രകടിപ്പിക്കാത്ത കോവിഡ് രോഗവാഹകനോ/നിർണ്ണയിക്കപ്പെടാത്ത രോഗിയോ ആകാമെന്നും അല്ലെങ്കിൽ ഈ ആശുപത്രിയിൽ ചികിത്സയ്ക്കെത്തിയതിന് ശേഷമുള്ള കാലയളവിൽ രോഗാണുബാധ ഉണ്ടാകുവാനിടയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുകയും ചെയ്യുന്നതിനൊപ്പം എനിക്കോ എൻ്റെ കൂടെ വന്ന സഹായിയ്ക്കോ ഭാവിയിൽ കോവിഡ്–19 നിർണ്ണയിക്കപ്പെട്ടാൽ ഈ ആശുപത്രിയിലെ ഡോക്ടർമാരുടെയോ ജീവനക്കാരുടെയോ മേൽ ഉത്തരവാദിത്തം ചുമത്തുന്നതുമായിരിക്കില്ല.

മേൽപ്പറഞ്ഞ നിബന്ധനകളും ഉപാധികളും ഞാൻ പൂർണ്ണമായി തൃപ്തിപ്പെടുന്ന വിധം വായിക്കുകയോ / എനിക്ക് മാതൃഭാഷയിൽ വിവരിച്ചു തരികയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. മേൽപ്പറഞ്ഞ നിബന്ധനകളും ഉപാധികളും എനിക്ക് സമ്മതമാണ്. ഇവിടെ ബോധിപ്പിച്ച വിവരങ്ങൾ എൻ്റെ അറിവിൽ പരമാവധി സത്യമാണെന്നും അതിൻമേലുള്ള ഉത്തരവാദിത്തം എന്നിൽ ചുമത്താമെന്നും ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുകയും സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു

രോഗിയുടെ / രക്ഷിതാവിൻ്റെ ഒപ്പ് /വിരലടയാളം:	
രോഗിയുടെ സഹായിയുടെ ഒപ്പ്	

ഡോക്ടറുടെ പേരും ഒപ്പും:

KDC Reg.No:

N.B സമ്മതപത്രത്തിൽ വിവരങ്ങൾ നൽകാതിരിക്കുന്നതും തെറ്റായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നതും IPC/ കേരള പകർച്ചവ്യാധി നിയന്ത്രണ ഓർഡിനൻസ് 2020 എന്നിവ പ്രകാരം ശിക്ഷാർഹമാണ്.