

खोप लगाउनका लागि सहमति फाराम

म निम्न कुराको पुष्टि गर्दछु: (a) म बिरामी हुँ र म कम्तीमा १८ वर्षको छु; (b) म बिरामीको कानुनी अभिभावक हुँ; वा (c) बिरामी असक्षम भएकाले, आफैँ सहमति दिन नसक्ने हुनाले वा निजले मलाई आफ्नो तर्फबाट सहमति जनाउने अधिकार दिएकाले म निजको तर्फबाट सहमति जनाउन अधिकार प्राप्त व्यक्ति हुँ।

बिरामीको नाम: _____

यो खोप लगाउनका लागि अपोइन्टमेन्ट लिने क्रममा मैले माथि उल्लिखित खोप (हरू) का सम्बन्धमा EUA सम्बन्धी जानकारीमूलक सामग्री पढ्ने अवसर प्राप्त गरेको कुरा स्वीकार गर्दछु। मैले आफू वा मलाई आफ्नो तर्फबाट सहमति जनाउन अधिकार दिएका व्यक्तिका सम्बन्धमा माथि उल्लिखित खोप (हरू) लगाउँदा हुने जोखिम तथा लाभहरूका बारेमा म जानकार छु र ती ज्ञात वा अज्ञात जोखिमहरू स्वीकार गर्दछु। साथै, मैले खोप लगाएपछि निगरानीका लागि खोप लगाएको स्थलमा १५ मिनेटसम्म बस्नुपर्ने कुरा पनि बुझेको छु। म आफूलाई वा मैले यो अनुरोध गर्ने अधिकार प्राप्त गरेको माथि उल्लिखित व्यक्तिलाई यो खोप लगाइदिन अनुरोध गर्दछु।

आमाबुवा, कानुनी अभिभावक वा बिरामीका तर्फबाट सहमति जनाउन अधिकार प्राप्त व्यक्तिको हस्ताक्षर

मिति (महिना/तारिख/साल)