



**Queensland
 Government**

**Transvaginal Ultrasound Consent (Punjabi)
 - ਟਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਸਹਿਮਤੀ**

Facility:

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

ਏ. ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਵਿਚ ਸਮਰੱਥਾ ਹੈ?

ਕੇਵਲ ਬਾਲਗ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਭਰੋ

- ਹਾਂ → ਭਾਗ ਬੀ 'ਤੇ ਜਾਓ
 ਨਹੀਂ → ਭਾਗ ਏ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਐਡਵਾਂਸ ਹੈਲਥ ਡਾਇਰੈਕਟਿਵ (ਏ.ਐੱਚ.ਡੀ.) ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਕੋਈ ਏ.ਐੱਚ.ਡੀ.(ADH) ਨਹੀਂ ਹੈ, ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਕ੍ਰਮ ਵਿੱਚ ਬਦਲਵੇਂ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਵਿਅਕਤੀ ਤੋਂ ਸਹਿਮਤੀ ਲੈਣਾ: ਸ਼੍ਰੇਣੀ 1. ਟ੍ਰਿਬਿਊਨਲ ਦੁਆਰਾ ਨਿਯੁਕਤ ਸਰਪ੍ਰਸਤ; 2. ਮੁਖਤਿਆਰਨਾਮਾ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਦੀ; ਜਾਂ 3. ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਿਹਤ ਮੁਖਤਿਆਰ।

ਬਦਲਵੇਂ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ:

ਬਦਲਵੇਂ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ:

ਸਿਰਫ ਬਾਲ/ਅੱਲੜ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਭਰੋ

- ਹਾਂ ਹਾਲਾਂਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਕੋਈ ਬੱਚਾ / ਜਵਾਨ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ, ਮਰੀਜ਼ ਸਮਝਦਾਰੀ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਵਿਧੀ / ਇਲਾਜ / ਜਾਂਚ / ਪ੍ਰੀਖਿਆ ਦੇ ਸੁਭਾਅ, ਨਤੀਜਿਆਂ ਅਤੇ ਜੋਖਮਾਂ ਅਤੇ ਗੈਰ-ਇਲਾਜ ਦੇ ਸਿੱਟਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝ ਸਕਣ ਲਈ ਉਚਿਤ ਪਰਿਪੱਕਤਾ, ਸਮਝ ਅਤੇ ਬੁੱਧੀ ਰੱਖਦਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ - 'ਗਿਲਿਕ ਯੋਗਤਾ' (ਗਿਲਿਕ ਵੀ ਵੈਸਟ ਨੋਟਾਓਲਕ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਏਰੀਆ ਹੈਲਥ ਅਥਾਰਟੀ)
 → ਭਾਗ ਬੀ 'ਤੇ ਜਾਓ

- ਨਹੀਂ ਸਹਿਮਤੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਲਈ ਮਾਪਿਆਂ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਸਹਿਤ ਮਾਪੇ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ / ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ *
 → ਭਾਗ ਏ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ

*ਰਸਮੀ ਪ੍ਰਬੰਧ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਾਲਣ ਪੋਸ਼ਣ / ਹਿਰਾਸਤ ਦੇ ਆਦੇਸ਼, ਗੋਦ ਲੈਣਾ, ਜਾਂ ਹੋਰ ਰਸਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਤਾ / ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧ। ਕੁਈਨਜ਼ਲੈਂਡ ਹੈਲਥ ਦੀ 'ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰਪੂਰ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਗਾਈਡ' ਅਤੇ ਸਥਾਨਕ ਨੀਤੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਵੇਖੋ। ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਅਨੁਸਾਰ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਸਰੋਤ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਸਰੋਤ (ਕਿਸੇ ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ):

- ਅਦਾਲਤ ਦਾ ਹੁਕਮ → ਅਦਾਲਤ ਦਾ ਹੁਕਮ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ
 ਅਦਾਲਤ ਦਾ ਹੁਕਮ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ → ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਹਨ
 ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ * → ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਹਨ

ਮਾਪਿਆਂ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ / ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ *:

ਬੱਚੇ / ਛੋਟੀ ਉਮਰ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ:

ਬੀ. ਕੀ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

ਜੇ ਹਾਂ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨੇ:

- ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੂਚਿਤ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦਾ ਅਨੁਵਾਦ ਬੋਲ ਕੇ ਕੀਤਾ ਗਿਆ

- ਟੈਲੀਫੋਨ 'ਤੇ ਸੂਚਿਤ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦਾ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤਾ ਗਿਆ
 ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦਾ ਨਾਮ:

ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦਾ ਕੋਡ:

ਭਾਸ਼ਾ:

ਸੀ. ਮਰੀਜ਼ / ਮਾਤਾ / ਪਿਤਾ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ / ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ *
 ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਦੀ ਬੋਨਤੀ ਕਰਦੇ ਹਨ

ਟਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ

ਡੀ. ਟ੍ਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਕਰਵਾਉਣ ਨਾਲ ਰੋਗੀ ਨੂੰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਖ਼ਾਸ ਜੋਖਮ

(ਮਰੀਜ਼ / ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੀਟ ਵਿਚ ਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੇ ਗਏ ਵਾਧੂ ਜੋਖਮਾਂ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਵਲੋਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਕਰਨਾ):

ਈ. ਟ੍ਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਨਾ ਕਰਵਾਉਣ ਨਾਲ ਰੋਗੀ ਨੂੰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਖ਼ਾਸ ਜੋਖਮ

(ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨਿਸ਼ਨ ਕੋਲ ਇਹ ਨਾ ਕਰਵਾਉਣ ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਬਾਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਟਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ):

ਐੱਫ. ਇਲਾਜ ਦੇ ਹੋਰ ਬਦਲ

(ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ਨ ਨੂੰ ਵਿਕਲਪਕ ਇਲਾਜ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਿਚ ਦਰਜ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੀਟ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ):

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN





URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

Transvaginal Ultrasound Consent (Punjabi)
- ਟਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਸਹਿਮਤੀ

ਜੀ. ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਵਿਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਇਰਾਦਾ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ / ਮਾਪੇ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ / ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ * ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਸਿੱਧੀ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਦਾ ਬਦਲ ਬਣਨਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਮੈਂ ਮਰੀਜ਼ / ਮਾਪਿਆਂ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ / ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ * ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਸਮਗਰੀ ਬਾਰੇ ਸਮਝਾਇਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਹ ਰਾਇ ਰੱਖਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸਨੂੰ ਸਮਝ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਦਾ ਨਾਮ:

[Blank box for doctor name]

ਅਹੁਦਾ:

[Blank box for title]

ਦਸਤਖਤ:

ਤਾਰੀਖ:

[Blank box for signature]

[Blank box for date]

ਐੱਚ. ਐੱਚ. ਮਰੀਜ਼ / ਮਾਪੇ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ / ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ * ਵਲੋਂ ਸਹਿਮਤੀ

ਮੈਂ ਮੰਨਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਨੇ ਸਮਝਾਇਆ ਹੈ:

- "ਟਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ" ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ੀਟ
• ਮੇਰੇ / ਬੱਚੇ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਸਤਾਵਿਤ ਇਲਾਜ,
• ਵਿਧੀ ਦੇ ਖਾਸ ਜੋਖਮ ਅਤੇ ਲਾਭ
• ਪੂਰਵ-ਅਨੁਮਾਨ, ਅਤੇ ਪ੍ਰਕ੍ਰਿਆ ਨਾ ਕਰਵਾਉਣ ਦੇ ਜੋਖਮ
• ਇਲਾਜ ਦੇ ਹੋਰ ਬਦਲ
• ਕਿ ਕੋਈ ਗਾਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਪ੍ਰਕ੍ਰਿਆ ਨਾਲ ਸੁਧਾਰ ਹੋਏਗਾ ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਤ
• ਕਿ ਵਿਧੀ ਵਿਚ ਖੂਨ ਚੜ੍ਹਾਉਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ
• ਕਿ ਟਿਸ਼ੂ / ਖੂਨ ਲਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਤਖਸੀਸ / ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ
• ਕਿ ਜੇ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ / ਇਲਾਜ / ਜਾਂਚ / ਮੁਆਇਨੇ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਕੋਈ ਤੁਰੰਤ ਜਾਨਲੇਵਾ ਘਟਨਾ ਵਾਪਰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਚੰਗੇ ਕਲੀਨਿਕਲ ਅਭਿਆਸ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਅਤੇ ਮੇਰੇ / ਬੱਚੇ ਦੇ ਭਲੇ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ
• ਕਿ ਜੇ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਕੋਈ ਜਾਨਲੇਵਾ ਘਟਨਾ ਵਾਪਰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੇਰਾ ਇਲਾਜ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ੀ ਵਿਚਾਰ ਵਟਾਂਦਰੇ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਕੀਤਾ ਜਾਏਗਾ (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ. AHD or ARP [ਅਕਯੂਟ ਰੀਸਕਿਸਟੇਸ਼ਨ ਪਲਾਨ])
• ਕਿ ਸਲਾਹਕਾਰ / ਮਾਹਰ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨਿਸ਼ੀਅਨ ਢੁਕਵੀਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ / ਇਲਾਜ / ਜਾਂਚ / ਮੁਆਇਨੇ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਵਾ/ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਇਸ ਵਿੱਚ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਅਗਲੀ ਸਿਖਲਾਈ ਲੈ ਰਹੇ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨਿਸ਼ੀਅਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ
• ਕਿ ਜੇ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨਿਸ਼ੀਅਨ ਉਸ ਵਿਧੀ ਦੌਰਾਨ ਵੀਡੀਓ, ਆਡੀਓ ਜਾਂ ਚਿੱਤਰਾਂ ਨੂੰ ਰਿਕਾਰਡ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਰਿਕਾਰਡਿੰਗ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਹੈ (ਉਦਾਹਰਨ ਵਜੋਂ: ਸਿਖਲਾਈ ਜਾਂ ਖੋਜ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ), ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਇਕ ਵੱਖਰੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਜੇ ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ ਦੇਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦਾ ਹਾਂ, ਇਹ ਮੇਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਦੀ ਪਹੁੰਚ, ਨਤੀਜੇ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟ ਪੁੱਛਣ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨਿਸ਼ੀਅਨ ਨਾਲ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਸੀ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਬਾਰੇ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ (ਇਹ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਨਾਲ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ ਵਿੱਚ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ)।

ਮੈਂ / ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ / ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ * ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ੀਟ ਮਿਲੀ ਹੈ:

"ਟਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ"

ਉਪਰੋਕਤ ਬਿਆਨਾਂ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ,

1) ਮੈਂ / ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ / ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ * ਟਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ।

ਮਰੀਜ਼ / ਮਾਪਿਆਂ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ / ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ *:

[Blank box for patient name]

ਦਸਤਖਤ:

ਤਾਰੀਖ:

[Blank box for signature]

[Blank box for date]

ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਕੋਈ ਬੱਚਾ / ਅੱਲਤ ਉਮਰ ਦਾ ਹੈ:

ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕਾਰਨ ਤੋਂ ਜਾਣੂ ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਬੱਚੇ / ਛੋਟੀ ਉਮਰ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਇਸ ਇਲਾਜ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਰੁਕਾਵਟ ਸਹਿਮਤੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ (ਇਹ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਜੇ ਬੱਚਾ / ਛੋਟੀ ਉਮਰ ਦਾ ਵਿਅਕਤੀ ਗਿਲਿਕ ਸਮਰੱਥ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦਾ ਹੈ)।

2) ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਸਿਖਲਾਈ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਪ੍ਰੀਖਿਆ / ਪ੍ਰਕ੍ਰਿਆ:

ਸਿਖਲਾਈ ਲੈਣ ਦੇ ਮਕਸਦ ਨਾਲ, ਕੋਈ ਵੀ ਕਲੀਨਿਕਲ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਡਾਕਟਰੀ ਮੁਆਇਨੇ ਜਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ (ਵਾਂ) ਦਾ ਨਿਰੀਖਣ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ (ਸਕਦੇ ਹਨ) ਅਤੇ, ਮਰੀਜ਼ / ਬਦਲਵੇਂ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਅਧੀਨ, ਮਰੀਜ਼ 'ਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਮੁਆਇਨੇ ਜਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ / ਇਸਨੂੰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਬੇਹੋਸ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂ / ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ / ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ * ਕਿਸੇ ਸਿਖਲਾਈ ਲੈ ਰਹੇ ਕਲੀਨਿਕਲ ਵਿਦਿਆਰਥੀ (ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ) ਨੂੰ ਇਸ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹਾਂ:

- ਜਾਂਚ (ਚਾਂ) / ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ(ਵਾਂ) ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਹਾਂ ਨਹੀਂ
• ਜਾਂਚ (ਚਾਂ) / ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ(ਵਾਂ) ਨੂੰ ਕਰਨ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਹਾਂ ਨਹੀਂ
• ਜਾਂਚ (ਚਾਂ) / ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ(ਵਾਂ) ਕਰਨ ਹਾਂ ਨਹੀਂ

Transvaginal ultrasound (Punjabi) - ਟਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਅਲਟਰਾਸਾਉਂਡ

Adult and Child/Young Person | Informed consent: patient information

ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਮਰੀਜ਼ / ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ / ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ * ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਨ ਲਈ ਦੇਈ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਪੁੱਛਣ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਸਮਾਂ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ੀਟ ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।



1. ਟ੍ਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਅਲਟਰਾਸਾਉਂਡ ਕੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਮੇਰੀ / ਰੋਗੀ ਦੀ ਮਦਦ ਕਿਵੇਂ ਕਰੇਗਾ?

ਅਲਟਰਾਸਾਉਂਡ ਸਕੈਨ ਅੰਦਰੂਨੀ ਅੰਗਾਂ ਨੂੰ ਵੇਖਣ ਲਈ ਉੱਚ ਬਾਰੰਬਾਰਤਾ (ਅਲਟਰਾਸੋਨਿਕ) ਧੁਨੀ ਤਰੰਗਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਅਲਟਰਾਸਾਉਂਡ ਤਰੰਗਾਂ ਨੂੰ ਟ੍ਰਾਂਸਡੂਜ਼ਰ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਸਾਰਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਡਿਸਪਲੇ ਸਕ੍ਰੀਨ 'ਤੇ ਚਿੱਤਰ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਅਲਟਰਾਸਾਉਂਡ ਮਸ਼ੀਨ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਟਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਅਲਟਰਾਸਾਉਂਡ ਸਕੈਨ ਵਿਚ ਇਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਕੀਤਾ ਟ੍ਰਾਂਸਡੂਜ਼ਰ ਯੋਨੀ ਦੇ ਅੰਦਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਬੱਚੇਦਾਨੀ ਅਤੇ ਅੰਡੇਦਾਨੀ ਪੇਟ ਦੀ ਸਤਹ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਡੂੰਘੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਯੋਨੀ ਵਿਚ ਟ੍ਰਾਂਸਡੂਜ਼ਰ ਪਾਉਣ ਨਾਲ ਇਨ੍ਹਾਂ ਪੇਡੂ ਅੰਗਾਂ ਦੇ ਨੇੜੇ (ਅਤੇ ਵਧੇਰੇ ਵਿਸਥਾਰ ਚਿੱਤਰ) ਦੇਖਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਟਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਸਕੈਨ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 10-15 ਮਿੰਟ ਲੈਂਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਲੰਬਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜਾਰੀ ਨਹੀਂ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਤਾਂ ਸਕੈਨ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਰੋਕਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

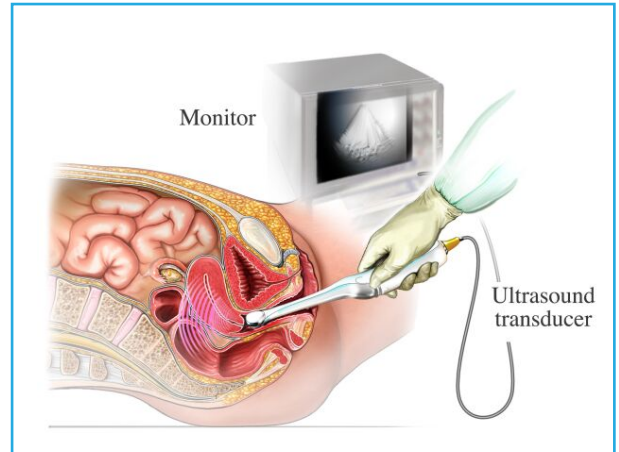


Image 1: Transvaginal ultrasound.

Illustration Copyright © 2019 Nucleus Medical Media, All rights reserved. www.nucleusmedicalmedia.com

ਟਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਅਲਟਰਾਸਾਉਂਡ ਸਕੈਨ ਦੌਰਾਨ ਤੁਸੀਂ ਹਲਕਾ ਦਰਦ ਅਤੇ ਬੇਅਰਾਮੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਸਕੈਨਿੰਗ ਨਰਮ ਹਿੱਸੇ ਵਿਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਦਬਾਅ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਸਕੈਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਲਕੇ ਦਰਦ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੁਝ ਹੋਰ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸੋਨੋਗ੍ਰਾਫਰ / ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਦੱਸੋ।

ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਤਿਆਰੀ

ਟ੍ਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਸਕੈਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਟਾਇਲਟ ਜਾਣ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਬਲੈਡਰ ਨੂੰ ਖਾਲੀ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਗਾਉਨ ਪਹਿਨਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਟੈਪਨ ਜਾਂ ਮਾਰਵਾਰੀ ਦੇ ਕੱਪ ਲਗਾਇਆ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸਨੂੰ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋਏਗੀ।

ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਦੌਰਾਨ

ਕਮਰੇ ਵਿਚ ਲਾਈਟਾਂ ਮੱਧਮ ਕਰ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ ਤਾਂ ਕਿ ਅਲਟਰਾਸਾਉਂਡ ਡਿਸਪਲੇ ਸਕ੍ਰੀਨ 'ਤੇ ਚਿੱਤਰ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵੇਖੇ ਜਾ ਸਕਣ।

ਟ੍ਰਾਂਸਡੂਜ਼ਰ ਉੱਤੇ ਕੋਈ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕਵਰ ਜਾਂ ਕੰਡੋਮ ਪਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਟ੍ਰਾਂਸਡੂਜ਼ਰ ਨੂੰ ਅਸਾਨੀ ਨਾਲ ਪਾਉਣ ਲਈ, ਇਸ ਨੂੰ ਲੂਬਰੀਕੇਟਿੰਗ ਜੈੱਲ ਲਗਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸੇਫ਼ੇ 'ਤੇ ਲੇਟਣ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਢੱਕਣ ਲਈ ਇੱਕ ਚਾਦਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਏਗੀ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਲੱਤਾਂ ਮੋੜਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਟ੍ਰਾਂਸਡੂਜ਼ਰ ਨੂੰ ਯੋਨੀ ਵਿਚ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਸੋਨੋਗ੍ਰਾਫਰ / ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਟ੍ਰਾਂਸਡੂਜ਼ਰ ਪਾਉਣ ਵਿਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਟਾਫ਼ ਨੂੰ ਦੱਸੋ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੈਟੇਕਸ ਤੋਂ ਅਲਰਜੀ ਹੈ। ਸੋਨੋਗ੍ਰਾਫਰ / ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਪੇਡੂ ਢਾਂਚਿਆਂ ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਲਈ ਇਸ ਪੂਰੀ ਜਾਂਚ ਦੌਰਾਨ ਟ੍ਰਾਂਸਡੂਜ਼ਰ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋਏਗੀ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਂਚ ਦੌਰਾਨ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਾਂਚ ਕਰ ਰਹੇ ਸੋਨੋਗ੍ਰਾਫਰ / ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਦੱਸੋ।



2. ਇਸਦੇ ਕੀ ਜੋਖਮ ਹਨ?

ਟ੍ਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਕਰਨ ਦੇ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣੇ ਜਾਂਦੇ ਜੋਖਮ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਟ੍ਰਾਂਸਡੂਯੂਸਰ ਨੂੰ ਹਰ ਵਾਰ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦੇ ਬਾਅਦ ਉੱਚ ਪੱਧਰੀ ਕ੍ਰੀਟਾਈਨਾਸਕ ਨਾਲ ਸਾਫ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਕੋ-ਵਾਰ-ਵਰਤੋਂ ਯੋਗ ਟ੍ਰਾਂਸਡੂਯੂਸਰ ਕਵਰ ਜਾਂ ਕੰਡੋਮ ਢਕਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ ਹਾਲਤਾਂ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਵਾਧੂ ਜੋਖਮ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਸੈਨੇਗ੍ਰਾਫਰ / ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਵਿਚਾਰ ਕਰੋ ਅਤੇ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਕਰੋ ਕਿ ਇਹ ਜੋਖਮ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲਿਖੇ ਗਏ ਹਨ।

ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿਚ ਬੇਹੋਸ਼ ਜਾਂ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਟ੍ਰਾਂਸਵਾਜਾਈਨਲ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਨਾ ਕਰਵਾਉਣ ਦੇ ਕੀ ਜੋਖਮ ਹਨ?

ਇਸਦੇ ਮਾੜੇ ਸਿੱਟੇ ਨਿਕਲ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਸਤਾਵਿਤ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ / ਇਲਾਜ / ਜਾਂਚ / ਪ੍ਰੀਖਣ ਨਹੀਂ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਨਾਲ ਵਿਚਾਰ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨਹੀਂ ਕਰਵਾਉਣਾ ਚੁਣਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਹੋਏਗੀ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ / ਇਲਾਜ / ਜਾਂਚ / ਮੁਆਇਨੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਲਈ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।



3. ਕੀ ਇਸਦੇ ਕੋਈ ਬਦਲ ਮੌਜੂਦ ਹਨ?

ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਕਰਵਾਉਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ / ਬਦਲਵੇਂ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਦਲ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰੋ।



4. ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੈਨੂੰ ਕੀ ਉਮੀਦ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ?

ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੇਗੀ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਤੋਂ ਡਿਸਚਾਰਜ ਹੋਣ 'ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਉਮੀਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।



5. ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ 'ਕੋਣ ਕਰੇਗਾ'?

ਸਲਾਹਕਾਰ / ਮਾਹਰ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਕਲੀਨਿਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੁਕਵੀਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ / ਇਲਾਜ / ਜਾਂਚ / ਪ੍ਰੀਖਿਆ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ / ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਅੱਗੇ ਦੀ ਸਿਖਲਾਈ ਲੈ ਰਿਹਾ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਸਾਰੇ ਸਿਖਿਆਰਥੀ ਦੁਕਵੇਂ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਧੀਨ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਨਾਲ ਵਿਚਾਰ ਕਰੋ।

ਇਸ ਅਧਿਆਪਨ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਸਿਖਲਾਈ ਲੈਣ ਦੇ ਮਕਸਦ ਨਾਲ, ਇੱਕ ਕਲੀਨਿਕਲ ਵਿਦਿਆਰਥੀ (ਮੈਡੀਕਲ) ਜਾਂਚ(ਚਾਂ) ਜਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ(ਵਾਂ)ਦਾ ਨਿਰੀਖਣ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ, ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ / ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਦ ਮਰੀਜ਼ ਬੇਹੋਸ਼ ਜਾਂ ਸੁੰਨ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਦੀ ਪਹੁੰਚ, ਨਤੀਜੇ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ। ਸਿਖਲਾਈ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਕਿਸੇ ਕਲੀਨਿਕਲ ਵਿਦਿਆਰਥੀ(ਆਂ) ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਕਿਸੇ ਜਾਂਚ(ਚਾਂ) ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ(ਵਾਂ) ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣਾ ਤੁਹਾਡਾ ਲਈ ਕੋਈ ਬੰਦਿਸ਼ ਨਹੀਂ ਹੈ।



6. ਮੈਨੂੰ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿੱਥੋਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ?

ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ, ਦੌਰਾਨ ਦੀ ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਦੀ-ਹਸਪਤਾਲ ਦੇਖਭਾਲ: ਕੁਈਨਜ਼ ਡ ਹੈਲਥ ਵੈਬਸਾਈਟ

www.qld.gov.au/health/services/hospital-care/before-after ਉਪਰ ਉਪਲਬਧ ਹੈ ਜਿਥੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਸਟਾਫ਼ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਸਭਿਆਚਾਰਕ ਅਤੇ ਅਧਿਆਤਮਿਕ ਲੋੜਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਭਿਆਚਾਰਕ ਜਾਂ ਅਧਿਆਤਮਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਨਾਲ ਵਿਚਾਰ ਕਰੋ।

ਕੁਈਨਜ਼ਲੈਂਡ ਹੈਲਥ ਮੰਨਦੀ ਹੈ ਕਿ ਆਦਿਵਾਸੀ ਅਤੇ ਟੋਰਸ ਸਟਰੇਟ ਆਈਲੈਂਡਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਕਲੀਨਿਕਲ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕਰਨਗੇ ਜਦੋਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਸਭਿਆਚਾਰ ਸਾਂਝੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੌਰਾਨ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

7. ਪ੍ਰਸ਼ਨ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ਨ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਮਰੀਜ਼ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੀਟ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪਹਿਲੂ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਸਮਝਦੇ ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ / ਰੋਗੀ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀ, ਇਲਾਜ ਦੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰਸਤਾਵਿਤ ਵਿਧੀ / ਇਲਾਜ / ਜਾਂਚ / ਮੁਆਇਨੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹਨ।

8. ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ

ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿੱਚ, ਟ੍ਰਿਪਲ ਜ਼ੀਰੋ (000) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਜੇ ਇਹ ਕੋਈ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਪਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਚਿੰਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ 13 ਹੈਲਥ (13 43 25 84), ਦਿਨ ਵਿੱਚ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ 7 ਦਿਨ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।