

## கருச்சிதைவு செய்து கொள்வதற்கான ஒப்புதல் படிவம்

திரு / திருமதி ..... த/பெ., தா/பெ,  
க/பெ, ம/பெ ..... ஆகிய ..... வயதுடைய நான் .....

..... மருத்துவமனையின் மருத்துவர் Dr. ....  
அவர்களிடம் கருச்சிதைவு செய்ய வேண்டிக்கொள்கிறேன். நான் கருச்சிதைவு செய்து கொள்ள  
கீழ்க்கண்ட காரணத்தால் சம்மதிக்கிறேன்.

1. கர்ப்பத்தடை மருந்து / முறைகள் / மாத்திரை / காண்டம் / குடும்பக்கட்டுப்பாடு அறுவை சிகிச்சை /  
..... (வேறு காரணங்கள்) தோல்வியுற்று இக்கர்ப்பம் ஏற்பட்டதால்.

கையொப்பம்.

2. பிறக்கக்கூடிய குழந்தைக்கு மனநோய் மற்றும் உடற்கூறு நோய்கள் வர வாய்ப்புள்ளதால்.

கையொப்பம்.

3. கற்பழிப்பு சம்பவத்தால் இந்த கர்ப்பம் ஏற்பட்டதால்.

கையொப்பம்.

4. எனது உடலளவிலும், மனதளவிலும் இக்கற்பத்தினால் ஏற்படவிருக்கும் ஆபத்தை தடுக்க  
வேண்டியுள்ளதால்.

கையொப்பம்.

அ. இந்த கருச்சிதைவுக்கு உண்டான செயல்முறையையும், மயக்க மருந்தின் தன்மையையும்  
எனக்கு புரியும்படியாக மருத்துவரால் விளக்கப்பட்டது.

ஆ. இந்த கருச்சிதைவு செய்யும்போதும், மயக்க மருந்து கொடுக்கும்போதும் ஏற்படக்கூடிய  
ஆபத்துக்கள் பற்றியும், விளைவுகள் மற்றும் பின் விளைவுகள் பற்றியும் மருத்துவரால்  
விளக்கப்பட்டு தெரிந்து கொண்டேன்.

இ. இவ்வித சிகிச்சைக்குப் பின்பும் கர்ப்பம் தொடர்வதற்கான வாய்ப்புகள் உள்ளது என்பதையும்  
மருத்துவர் மூலம் தெரிந்து கொண்டேன்.

ஈ. மேற்கூறிய கருத்தரிப்பு செயல்முறையைத் தவிர சில தவிர்க்க முடியாத காரணங்களால் வேறு  
செயல் முறைகளோ அல்லது வேறு மயக்க முறையோ மாற்றி செய்ய வேண்டிய தேவை  
இருந்தால் மாற்றிக்கொள்ளலாம் என மருத்துவரிடம் சம்மதம் தெரிவித்துக்கொள்கிறேன்.

மேற்கூறிய தகவல்களை தமிழில் நன்கு படித்து / படிக்கக்கேட்டு கையெழுத்து போடுகின்றேன்.

இடம் : ..... விலாசம் ..... கையொப்பம்

நாள் :

நேரம் :