

मन्जुरीनामा

(विदेशमा नमुना पठाउदा बिरामीबाट अनिवार्यरूपमा भराउनु पर्ने)

म, देहायमा उल्लेखित प्रयोगशाला परीक्षणको लागि मेरो रक्त नमुना.....

(बिरामीको नाम)

(रक्त नमुना संकलन गर्ने केन्द्रको नाम)

अस्पताल/क्लिनिक/प्रयोगशालामा संकलन गरी प्रयोगशाला

(नमुना ढुवानी गर्ने प्रयोगशालाको नाम, दर्ता नं. र समूह)

मार्फत देशको प्रयोगशालामा

(परीक्षणको लागि पठाउने देशको नाम)

(परीक्षण हुने प्रयोगशालाको नाम)

रक्त नमुना पठाई उल्लेखित परीक्षण गराउन मन्जुर गर्दछु ।

यो मन्जुरीनामा दिदा मलाई देहाय अनुसारका विषयबस्तुहरुको बारेमा रक्त नमुना संकलन गर्ने केन्द्रबाट जानकारी प्राप्त भएको छ ।

(१) तल उल्लेखित परीक्षण सेवा देश भित्र उपलब्ध नभएको हुँदा देश बाहिर पठाउन लागिएको हो भन्ने विषयमा मलाई जानकारी गराइएकोछ ।

(२) उक्त परीक्षणको लागि रु..... परीक्षण शुल्क लाग्ने व्यहोरा मलाई जानकारी गराइएकोछ ।

(परीक्षण शुल्क उल्लेख गर्ने)

परीक्षणको लागि भुक्तानी गरेको बिलको बिल रहेकोछ ।

(परीक्षणको लागि काटिएको बिल नम्बर उल्लेख गर्ने)

पठाउनु पर्ने परीक्षणहरु

(१)

(२)

(३)

(४)

उपरोक्तानुसारको सम्पूर्ण व्यहोरा जानकारी लिई उल्लेखित परीक्षणको लागि रक्त नमुना बाहिर पठाउन मन्जुरीनामा गरिदिए ।

बिरामीको नाम:

ठेगाना:

फोन नं.

हस्ताक्षर मिति.....

बिरामी हस्ताक्षर गर्न सक्ने अवस्थामा नभएमा वा नाबालक भएमा

बिरामीको निजिकको आफन्तको नाम:

बिरामी संगको नाता:.....

हस्ताक्षर

फोन.न..... मिति.....

Consent Form

(for the transportation of laboratory testing sample outside Nepal to abroad)

I , hereby voluntary give consent to collect my sample in the
(name of the patient)
.....hospital/clinic/laboratory for the purpose of the following laboratory
(name of the sample collection center)
test and I have been informed that my sample will be transported by
(Name, registration no. and group of the sample transporting laboratory)
laboratory to the laboratory of the , since these
(name of the sample testing laboratory) *(country of the laboratory)*
test is not available in the Nepal.

I have been informed the following points from the sample collection center during signing this consent form.

1. I have been informed that, as currently following laboratory testing facility is not available in Nepal so the sample will be transported to abroad.
2. I have been informed that, I have to pay Nrs. amount for this test. Receipt no. and the date of the payment is

Laboratory Tests:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

I declare that as I have been informed above procedures for the laboratory testing and give consent for the transportation of the sample.

Name of the Patient:

Address:.....

Phone No.

Signature. Date:.....

In case of patient is minor/ not able to give consent:

Patients kin:.....

Relation with patients:.....

Signature:.....

Phone No.