བྱག་ལྟུམ་ཀྱི་ཁས་ལེན་འབྲི་ཤོག

Form No: NTMH/TsD-02

1. ནད་པའི་ཁ་གསལ།

ནད་པའི་མིང་..... ཨོ ☐ མོ ☐ ལོ ☐

ཇོ་སྦྱོད་ཁག་འཆེར་ས།..... གསར ☐ རྙིང ☐ འགྲུལ་འཕྲིན་ས།.....

2. ནད་གཞི་གཏན།

HBsAg ☐ Anti-HCV ☐ HIV ☐ Diabetic ☐

3. བྱག་གི་ཀུང་ཚད། High ☐ Low ☐ Normal ☐

4. དཔྱ་བྱག་ལྟུམ་ཆུབ་དགོས་པའི་གནད་རྟེན.....

5. སྐྱེས་བཅུང་བྱག་ལྟུམ་ཀྱི་ཉེན་ཁ།

མ་གཏེའུ་བུས་དཔྱ་ཀྱི་རིགས་ག་ངེར་འབད་རྩུ་ ཉེན་ཁ་མེད་པ་ཚ་ཡས་མེད། འདི་བཟུམ་ལ་ བྱག་ལྟུམ་ཀྱི་བཏོས་ཐབས་ འདི་ཡུང་ཡང་ བྱག་བཙན་ཁས་པའི་ཤུལ་ཡུ་ རྩ་གཉན་ཁ་ཆུབ་ཀྱི་དུང་ མགུ་ཡུ་འཁོར་ཀྱི་ དུམ་མེད་བཆུབ་ཀྱི་ བྱག་ མཆོགས་པ་བཅད་མ་ ཚུགས་པའི་དཀའ་ངལ་ཚུད་འབྱུང་གི།

6. ནད་པའི་ཁས་ལེན།

ངཡུ་ ངུང་འཚོ་ཐིས་ བརྟེན་ཀྱིན་ཚེ་ཐུག་ བྱག་ལྟུམ་ཀྱི་བཏོས་དུང་འབྲེལ་བའི་ ཁེ་ཕན་ ཉེན་ཁ་འབྱུང་གྲི་ཚེ་ཁྱོད་ཀྱིས་ཚུད་ཁྱེད་ལས་ གོང་ཡུ་བཞིན་ཚེ་ཁྱོད་ཚུ་ ངར་ཐིས་བཅའ་ཁྲལ་ཡོད་ཀྱི་ཡིན། འདི་ནི་ཁ་འབད་ བྱག་ལྟུམ་ཀྱི་དཔྱ་འདི་ འབད་ཀྱི་ཤ་ ངཡུ་ཐིས་ བྱག་ལྟུམ་སྡུག་དཔྱ་མ་འབད་བའི་ཆེ་མ་རྩེས་ནུམ་ཅ་འབད་ ཤུང་ སྐྱེས་འཛིན་འབད་ཀྱི་ཀི་ དབང་ཚད་ཡོད་ཀྱང་ཡོད།

མཚན་རྟགས་/ཁ་ཐུམ།

གཏུར་འབད་ཀྱི་ཉིན་ཚུ་ཚེས.....

7. ནད་པ་འདི་དབང་པོ་སྟོབ་ཟུང་དུ་འབྲི་ཀ་མ་ཤེས་མི་ཤེས་པ་ཆེ། གོང་ཡུ་བཞིན་ཚེ་ཁྱོད་ཚུ་ ཉེན་ཁ་ཚུ་ཐིས་ཁས་ལེན་ཤེས་ཤེས་ཀྱི་ཡོད་པ་ཁས། ནད་པ་དང་ནུབ་གཡོག་པ་ཁས་ལེན་ཤེས་ཤེས་ཀྱི་ཡོད།

མཚན་རྟགས་/ཁ་ཐུམ།

ནད་གཡོག་པའི་མིང་.....

སྤུང་འཚོ/ཁས་བླངས་པའི་མཚན་རྟགས།

རྒྱལ་ཡོངས་རྒྱང་སྨན་ཀློག
རྒྱལ་ཡོངས་རྒྱང་སྨན་འགྲས་ཀོག་ཀློག ཁམོ་བ་ཀུན་གཡག།
NATIONAL TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL
NATIONAL CENTRE FOR TRADITIONAL MEDICINE SERVICES
MINISTRY OF HEALTH, THIMPHU: BHUTAN

INFORMED CONSENT FOR CUPPING THERAPY

Form No: NTMH/TsD-02

1. Patients Detail

Name.....Male ☐ Female ☐ Age ☐

CID No.....Old ☐ New ☐ Mobile No.....

2. Underlying Diseases and Conditions

HBsAg ☐ Anti-HCV ☐ HIV ☐ Diabetic ☐

3. Hemoglobin Level

High ☐ Low ☐ Normal ☐

4. Reason for the therapy.....

.....

5. General Risk of the Procedure

Cupping involves some risks and hazards, such as dizziness, infection, fainting and bleeding.

6. Patients Consent

I confirm that Drungtsho has explained the purpose, expected benefits, potential risks and possible complications related to Cupping Therapy.

Having fully understood the information provided, I willingly give my informed consent to undergo Cupping Therapy. I understand that I have the right to refuse or withdraw my consent at any time before the procedure without affecting my future medical care.

Signature/Thumb Print of the Patient

Cupping Therapy Date.....

7. If the Patient is Uneducated/Disabled

I have explained the contents of this document to the Patient/Attendant regarding the possible risks and contraindications of the therapy.

Name of the Attendant.....

Signature/Thumb Print of the Attendant

Signature of the Drungtsho