གསེར་ཁབ/དངུལ་ཁབ/སྤ་ཀུན་གསེར་ཁབ/སྐུངྡོན་མེ་བཅའ་དང་བསྟོ་བ་ཞི་ཁམས་ཀློག་འབྲི་ཤོག Form No: NTMH/TsD-03

༡. འབས་ཅོག་ཞི་བྱེད་བ།

གསེར་ཁབ། ☐ དངུལ་ཁབ། ☐ སྐུངྡོན་མེ་བཅའ། ☐ བསྟོ་བ། ☐

༢. ནད་པའི་ཁ་གསལ།

ནད་པའི་མིང་:.....། ཨོ ☐ མོ ☐ ལོ ☐

ཡོ་སྦྱོང་ཁག་འཁྲིས་ཡང་:.....། གསར ☐ རྙིང ☐ འབྲལ་འཕྲིན་ཡང་:.....།

༣. ནད་གཞི་གཞན། HbsAg ☐ Anti-HCV ☐ HIV ☐ Diabetic ☐

༤. དཀྱེ་དཔྱད་འབད་དེ་ཤོས་པའི་གནད་དོན:.....།

༥. སྐྱིར་བཤད་གི་ཉེན་ཁ།

མ་གཞི་རྩོལ་དཔྱད་ཀྱི་རིགས་ག་ཅིར་འབད་རུང་ ཉེན་ཁ་མེད་པ་ཞིག་མེད། འདི་བརྒྱམ་ཨ་ ནད་པའི་དཔྱད་ཀྱི་ནང་གསེས་ གསེར་ཁབ/དངུལ་ཁབ/སྐུངྡོན་མེ་བཅའ་དང་བསྟོ་བ་གི་དཔྱད་འདི་ཚུ་འབད་ཚར་བའི་ཤུལ་ལུ་ རྒྱ་འཛོག་ཀྱི་ རྒྱ་གཏན་ཁ་ རྒྱབ་ཀྱི་དང་ མཐུ་ཡུན་འཛོར་ཀྱི་ དུག་འཚལ་ཚུ་འབྱུང་སྲིད།

༦. ནད་པའི་ཁས་ལེན།

ང་ཡུ་ རྩུ་འཚོ་/སྡུག་པ་གིས་ བརྟ་དོན་ཁྱིན་ཚི་ཚུ་ གསེར་ཁབ/དངུལ་ཁབ/སྐུངྡོན་མེ་བཅའ་དང་བསྟོ་ཀྱི་དཔྱད་དང་འབྲེལ་བའི་ ཞེ་ཡན་ ཉེན་ཁ་འབྱུང་སྲིད་ཚིའི་ཚུ་ཤེས་ཡིན་ཡང་ ཞོང་ཡུ་བཀོད་ཡོད་ཀྱི་མཁྱེན་ཡིན་ཏེ་ ང་ཚོས་ཁོང་ཚོའི་ཐབས་ལམ་ཁ་ཤས་ ཞོང་གི་ཉམས་ཁུར་ཚུ་ ཁོང་ཚོའི་ཁ་ཤས་ཀྱི་ཐབ་ཨ་ཅོ་ཡི་ བཀའ་ཤོག་ དེ་ཚུ་ཡང་ ཁོང་ཚོའི་ཁ་ཤས་ཀྱི་ཐབ་ཨ་ཅོ་ཡི

རྒྱལ་ཡོངས་ཁྲིམས་སྡེ་ཀུང་།
རྒྱལ་ཡོངས་ཁྲིམས་འགྲབས་ཀོག་ཀུང་། གསོ་བ་ཨྱན་ཁག།
NATIONAL TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL
NATIONAL CENTRE FOR TRADITIONAL MEDICINE SERVICES
MINISTRY OF HEALTH, THIMPHU: BHUTAN

INFORMED CONSENT FOR SERKHAB/NGUELKHAB/TRADEN SERKHAB/GALOEN METSA/SOWA THERAPY

Form No: NTMH/TsD-03

1. **Type of Service**
   Serkhab ☐ Nguelkhab ☐ Traden Serkhab ☐ Galoen Metsa ☐ Sowa ☐
2. **Patients Detail**
   Name……Male ☐ Female ☐ Age ☐
   CID No……Old ☐ New ☐ Mobile No……
3. **Underlying Diseases and Conditions**
   HBsAg ☐ Anti-HCV ☐ HIV ☐ Diabetic ☐
4. **Reason for the therapy**……
   ……
5. **General Risk**
   Serkhab, Nguelkhab, Traden Serkhab, Galoen Metsa and Sowa involve some risk and hazards, such as blisters, scarring, infection, fainting and bleeding.
6. **Patients Consent**
   I confirm that Drungtsho has explained the purpose, expected benefits, potential risks and possible complications related to the aforementioned Therapy.

   Having fully understood the information provided, I willingly give my informed consent to undergo the 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
   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/Menpa