རྒྱལ་ཡོངས་རྩད་སྨན་ཀློ་བ།
རྒྱལ་ཡོངས་རྩད་སྨན་འགྲས་ཀོག་ཀློ་བ། གསོ་བ་ཨྱག་ཁག།
NATIONAL TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL
NATIONAL CENTRE FOR TRADITIONAL MEDICINE SERVICES
MINISTRY OF HEALTH, THIMPHU: BHUTAN

གཏུར་ཐྲི་ཁས་ལེན་འབྲི་ཤོག

Form No: NTMH/TsD-01

๑. ནད་པའི་ཁ་གསལ།

ནད་པའི་མིང་:.....། ཨོ [ ] མོ [ ] ལོ [ ]

ཇོ་སྦྱོད་ཡག་འཆྱེར་ཞེང་:.....། གསར [ ] རྙིང [ ] འགྱུལ་འཕྲིན་ཨང་:.....

๒. ནད་གཞི་གཤག།

HBsAg [ ] Anti-HCV [ ] HIV [ ] Diabetic [ ]

๓. ཁྲག་གི་ཀུང་ཚད། High [ ] Low [ ] Normal [ ]

๔. དཀྱེ་གཏར་ཆུབ་དགོས་པའི་གནད་དོན:.....

๕. སྐྱིར་བཏང་གཏར་ཐྲི་ཉེན་ཁ།

མ་གཞི་རྩ་བ་དཀྱུ་ཀྱི་རིགས་ག་ཅི་རང་འབད་རུང་ ཉེན་ཁ་མེད་པ་ཙམ་ཡིན། འདི་བཟུམ་ཚེ་ ནད་པའི་དཀྱུ་ཀྱི་མཐར་ཐུག་གཏར་ཐྲི་བཅོས་ཐབས་འདི་ཡུ་ཡང་ ཁྲག་བཙན་ཁ་ཆུབ་ཀྱི་དང་ མཁུ་ཡུ་འཁོར་ཀྱི་ རྒན་མེད་ བརྒྱལ་ཀྱི་ ཁྲག་མཆོགས་པ་བཟོ་མ་ཚུགས་པའི་དཀའ་འཛུགས་ཁག་ཅིག་ཡོད།

๖. ནད་པའི་ཁས་ལེན།

ངཔྱ་ རྒྱང་འཛོམ་ཀིས་ བརྟ་རོག་བྱིན་ཚི་ཚུལ་ ཁྲག་ཐུམ་ཀྱི་བཅོས་དང་འབྲེལ་བའི་ ཁེ་ཕན་ ཉེན་ཁ་འབྱུང་སྲིད་ཚིའི་ཚུལ་ཁྲིམས་ ཁས་ བོད་ཡུ་བཙོད་ཚི་ཁག་དང་རོག་ཚུལ་ དཔང་ཚིས་ལེགས་ཤོས་མཚོམ་ཁེར་ཀོ་ཡི་ འདི་ཚིས་འབད་ ཁྲག་ཐུམ་ཀྱི་དཔྱད་འདི་ འབད་ཀི་ཁ་ དཔ་ཀྱིར་ཁས་ཁས་ལེན་འབད་ཚ་ཨིན། དཔ་ཚིས་ ཁྲག་ཐུམ་སྐད་ཀ་དཔྱད་ཚ་ཤད་ཚ་ཤེས་ཀུམ་རྒྱས་ཏེ་འབད་ བྱུང་ རྐྱེན་འཛིན་འབད་ཀི་ཚི་ རྟབང་ཤོད་ཡོད་ཨེད་པ་ཁེ་ཡི།

མཚན་རྟགས་/ཁག་རྟེས།

ནད་པའི་མིང་:.....

๗. ནད་པ་འདི་དབང་པོ་སྐྱོན་ཆགས་དང་འབྲི་ཤུག་མ་ཤེས་མི་ཤེས་པ་ཅིག་ བོད་ཡུ་ཚོད་ཀྱི་སྐོར་ཁས་ དཔང་ཚིས་ལེགས་ཤོས་ཁེམ་ཁེ་ཀོ་ཡི་ ཉེན་ཁ་ཚུད་ཀི་སྐོར་ཁས་ དཔང་ཚིས་ལེགས་ཤོས་ཁེམ་ཁེ་ཀོ་ཡི།

མཚན་རྟགས་/ཁག་རྟེས།

ནད་གཡོག་པའི་མིང་:.....

བྱང་འཛོམ་/ཁས་བླངས་པའི་མཚན་རྟགས།

E-mail: ntmh@health.gov.bt Medical Superintendent: +975-2-322937 Fax No. 323012 P.O. Box 297

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

INFORMED CONSENT FOR BLOODLETTING THERAPY

Form No: NTMH/TsD-01

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

Bloodletting involves some risk 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 Bloodletting Therapy.

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

Bloodletting 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