

ပြုစုကုသရန် ငြင်းဆန်ခြင်း  
Refusal of Care : Burmese

အမည် \_\_\_\_\_ မွေးသက္ကရာဇ် \_\_\_\_\_

ကျွန်ုပ်အား ငုပ်လျှိုးနေသောတီဘီရောဂါကူးစက်ခြင်းနှင့် တီဘီရောဂါတို့အကြောင်းကို ပြောပြပါသည်။

ကျွန်ုပ်ဘာလုပ်သင့်သည်ဆိုတာ နားလည်ပါသည် -

- တီဘီရောဂါအတွက် ဆန်းသစ်စစ်ဆေးရမည်၊
- ငုပ်လျှိုးနေသောတီဘီရောဂါကူးစက်ခြင်းအတွက် ဆေးသောက်ရမည်၊
- အခြား \_\_\_\_\_

ကျွန်ုပ်သည် ဆေးဝါးကုသရေးအတွက် အကြံပေးမှုများကို ဆန္ဒမရှိသောကြောင့် လိုက်နာမှုမပြုရန် ဆုံးဖြတ်လိုက်သည်။ တီဘီရောဂါ၏ လက္ခဏာအခြေအနေများဖြစ်သော ဖျားနာခြင်း၊ ညအချိန်ချွေးထွက်ခြင်း၊ 3 ပတ်ထက်ပိုပြီးကြာသော ချောင်းဆိုးခြင်း၊ ချောင်းဆိုးရာတွင် သွေးပါခြင်း၊ ရင်ဘတ်အောင့်ခြင်း၊ အားအင်ကုန်ခမ်းခြင်းနှင့် မဖော်ပြနိုင်လောက်အောင် ကိုယ်ခန္ဓာအလေးချိန် ဆုံးရှုံးခြင်း စသည်တို့ကို ကျွန်ုပ်အား ပြောပြထားပါသည်။ အကယ်၍ကျွန်ုပ်တွင် တီဘီရောဂါ၏ လက္ခဏာအခြေအနေ တစ်ခုခုပေါ်ပေါက်ပါက ချက်ခြင်း ဆေးဝါး ကုသမှုခံယူရန်လိုအပ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ တီဘီသည်အခြားသူများအား ကူးစက်တတ်သောရောဂါဖြစ်ပြီး၊ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်သည် ဆေးဝါးကုသမှုမခံယူပါက အခြားသူများအား ဖျားနာစေခြင်း သို့မဟုတ် ရောဂါကူးစက်ခြင်း အန္တရာယ်ရှိသော တရားဥပဒေရေးရာ အခြေအနေများ ဖြစ်ပေါ်စေနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

ထို့ကြောင့် ကျွန်ုပ်သည် အနာဂတ်တွင် ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်သော တီဘီရောဂါနှင့်ပတ်သက်သည့် အထက်ပါ အကြံပေးချက်များအား လိုက်နာပြီး ကြိုတင်ကာကွယ်ရန် ပုဂ္ဂလိကဆိုင်ရာ တာဝန်ဝတ္တရားများယူပါသည်။

_____	_____
(လျှောက်ထားသူ)	(ရက်စွဲ)
_____	_____
(အများပြည်သူကျန်းမာရေး ကိုယ်စားလှယ်/ခေါင်းစဉ်)	(ရက်စွဲ)
_____	_____
(သက်သေ/ဘာဝပြန်သူ)	(ရက်စွဲ)