

**FOMU YA IDHINI YA MATIBABU YA DHARURA**

**O.R.C. 33313.712**

**SHULE ZA COLUMBUS CITY**

**JINA LA MWANAFUNZI:** \_\_\_\_\_

**ANWANI:** \_\_\_\_\_

**NAMBA YA SIMU:** \_\_\_\_\_

**SHULE:** \_\_\_\_\_

**MZAZI WA MAKAZI AU MLEZI**

**JINA LA MAMA:** \_\_\_\_\_

**SIMU:** \_\_\_\_\_

**JINA LA BABA:** \_\_\_\_\_

**SIMU:** \_\_\_\_\_

**JINA MBADALA:** \_\_\_\_\_

**SIMU:** \_\_\_\_\_

**JINA LA MTU AU MTOA HUDUMA HUSIKA**

\_\_\_\_\_

**UHUSIANO:** \_\_\_\_\_

**SIMU:** \_\_\_\_\_

**ANWANI:** \_\_\_\_\_

**SEHEMU YA I AU II NYUMA YA KADI HII  
LAZIMA**

**KUKAMILIKA**

Paka. No. 200057 Rev.6/2018

## Sehemu ya I- Kutoa idhini

Ninakubali watoa huduma wa afya wafuatao na hospitali ya eneo hilo kuitwa

Daktari: \_\_\_\_\_ SIMU \_\_\_\_\_

Dentisti: \_\_\_\_\_ SIMU \_\_\_\_\_

Mtaalamu wa Matibabu: \_\_\_\_\_ SIMU \_\_\_\_\_

Hospitali ya Wilaya: \_\_\_\_\_ Simu ya chumba

Dharura: \_\_\_\_\_

Katika tukio ambalo majaribio ya busara ya kuwasiliana na mimi yameshindwa, ninatoa idhini yangu ya (1) usimamizi wa matibabu yoyote yanayoonekana kuwa muhimu na daktari aliyetajwa hapo juu au, katika tukio ambalo daktari aliyeteuliwa hapatikani, na daktari mwingine aliye na leseni au daktari wa meno; na (2) uhamisho wa mtoto kwa hospitali inayofaa.

Idhini hii haitoi taratibu kuu za upasuaji, isipokuwa maoni ya matibabu ya madaktari wengine wawili walioidhinishwa au madaktari wa meno, kuthibitisha haja ya taratibu hizo za upasuaji, zinapatikana kabla ya utendaji wa shughuli hizi.

Ukweli kuhusu historia ya matibabu ya mtoto, ikiwa ni pamoja na mzio, Dawa zilizochukuliwa na uharibifu wowote wa kimwili ambao daktari anapaswa kuarifiwa, zimeorodheshwa hapa chini:

Sahihi ya

Mzazi/Mlinzi: \_\_\_\_\_

Anwani: \_\_\_\_\_

Tarehe: \_\_\_\_\_

---

**Usikamilisha Sehemu ya 2 kama umekamilisha Sehemu ya 1**

---

## Sehemu ya II - Kukataa idhini

Sikutaka matibabu ya dharura ya mtoto wangu. Katika kesi ya ugonjwa au kuumia inayohitaji matibabu ya dharura, ningependa mamlaka ya shule kuchukua hatua zifuatazo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sahihi ya Mzazi/Mlinzi: \_\_\_\_\_

Anwani: \_\_\_\_\_

Tarehe: \_\_\_\_\_