



ALAKANANDA DUTT

MD Psychiatry (PGIMER, Chandigarh)

Aspiration Arati, Flat 3A 10 Cornfield road Kolkata 700019

drdutt.20chamber@gmail.com

9831070821 (For Emergency : 8PM - 9PM)

9831400821 (For Appointment : Monday - Saturday, 11am - 5pm)

Reg No : 59842 of WBMC

सहमति पत्र

हां, मैं टेलीमेडिसिन के माध्यम से परामर्श लेने के लिए सहमत हूं। मैं टेलीस्काचिआटी परामर्श के संभावित जोखिम, परिणाम और लाभ जानता / जानती हूं। अगर मुझे चिकित्सक के पत्र में दी गई किसी भी जानकारी को समझने में असुविधा होती है तो मैं इसके विषय में चिकित्सक अथवा फार्मासिस्ट से जानकारी लूंगा/ लूंगी। मैं किसी भी प्रतिकूल / दुष्प्रभाव के मामले में निर्धारित दवाओं को रोक दूंगा / दूंगी और मैं तुरंत मनोचिकित्सक से इसके विषय संपर्क में करूंगा / करूंगी या किसी व्यक्ति के परामर्श के लिए निकटतम पंजीकृत चिकित्सा चिकित्सक के पास जाऊंगा / जाऊंगी

- कृपया याद रखें कि ऑनलाइन परामर्श लेने के लिए व्यक्ति का प्रति सत्र समय निर्धारित किया जायेगा।
- ऑनलाइन सेवा की डिलीवरी का समय औसतन 45 से 60 मिनट है। यह नए या पुराने सभी रोगियों के लिए समान है।
- पुनः परामर्श की अवधि 20 से 30 मिनट है।
- पंजीकरण के समय भरा हुआ प्रोफार्मा, सभी जांचों की प्रतिलिपि और इस सहमति फॉर्म का एक हस्ताक्षरित संस्करण डॉक्टर या उनके सचिव को निर्धारित नियुक्ति से कम से कम 3 दिन पहले भेजा जाना चाहिए।
- उपरोक्त सभी दस्तावेजों और डॉ. अलकनंदा दत्त द्वारा दर्ज किए गए नैदानिक इतिहास को उनके व्यक्तिगत वेबपेज alakanandadutt.org में एन्क्रिप्ट रूप में संग्रहीत किया जाएगा, जो केवल संबंधित चिकित्सक द्वारा ज्ञात पासवर्ड के द्वारा संरक्षित रहेगा।
- सभी रोगियों को नियुक्ति की पुष्टि करने और सेवा को सुविधाजनक बनाने और भुगतान का पूरा विवरण भेजने के लिए निर्धारित नियुक्ति से कम से कम 3 दिन पहले पूर्ण भुगतान करना होगा।
- टेलीमेडिसिन परामर्श के दौरान रोगी की उपस्थिति उचित है। यह टेलीमेडिसिन प्रैक्टिस गाइडलाइंस 2020 और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल अधिनियम, 2017 के अनुसार है।
- यदि रोगी टेलीस्पाइकियाट्री परामर्श के लिए आने के लिए इच्छुक नहीं है, तो कृपया मानसिक स्वास्थ्य देखभाल अधिनियम, 2017 का पालन करें और मानसिक क्षमता मूल्यांकन के लिए मानसिक स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों द्वारा व्यक्ति से परामर्श करने का अनुरोध करें।
- टेलीमेडिसिन प्रैक्टिस गाइडलाइंस (कोड 4.1.1.2) के द्वारा कहा गया है कि रोगी / रोगी के परिवार का सदस्य डॉक्टर के साथ साझा की गई जानकारी की सटीकता के लिए जिम्मेदार होगा।
- कृपया MoHFW, नई दिल्ली। (<https://www.mohfw.gov.in/pdf/Telemedicine.pdf>) से ऑनलाइन उपलब्ध टेलीमेडिसिन प्रैक्टिस दिशा निर्देशों को पढ़ें।
- यदि दवाओं का गंभीर दुष्प्रभाव या कोई लक्षण दिखाई देता है और आपातकालीन देखभाल की आवश्यकता होती है, तो कृपया टेलीमेडिसिन परामर्श नियुक्ति की प्रतीक्षा न करें। कृपया जल्द से जल्द नजदीकी मनोचिकित्सक या पंजीकृत चिकित्सा चिकित्सक से परामर्श करें।
- बिना स्पष्ट सहमति के रोगी / रोगी के परिवार या मनोचिकित्सक के द्वारा रिकॉर्डिंग (ऑडियो या वीडियो) नहीं किया जाना चाहिए क्योंकि गुप्त रिकॉर्डिंग (ऑडियो या वीडियो) अवैध हैं और रिकॉर्डिंग (ऑडियो या वीडियो) के लिए सभी पक्षों की स्पष्ट सहमति होनी चाहिए।

दिनांक :

दिनांक :

रोगी का हस्ताक्षर

परिवार के सदस्य के हस्ताक्षर