

මළදරු උපතක / ළදරු මරණයක ව්‍යාධිවේද පශ්චාත් මරණ පරීක්ෂණයක් සඳහා කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීම

මියගිය ළදරුවාගේ හෝ කලලය අයත් මවගේ නම		රෝහලට ඇතුළත්වීමේ දිනය	
රෝහල සහ වාට්ටුව		ඇද ඉහ පත් අංකය	
යොමුකරන වෛද්‍යවරයාගේ නම		මියගිය / ප්‍රසූත කල (මළදරු උපතකදී) දිනය සහ වේලාව	

- (ලිපිනය) හි පදිංචි..... (මවගේ නම / පියාගේ නම) වන මම මෙම ළදරු මරණයට / මළදරු උපතට හේතුවූ රෝගී තත්වයේ ස්වභාවය හා ව්‍යාප්තිය ප්‍රත්‍යක්ෂ කර ගැනීම සඳහා කරන
 - සම්පූර්ණ හෝ
 - සීමිත, මෙහි සඳහන් අවයව පමණක් අඩංගු
 (අවයවයන් නම් කරන්න) ව්‍යාධිවේද පශ්චාත් මරණ පරීක්ෂණයකට කැමැත්ත පල කරමි.
- පරීක්ෂා කල සියලුම අවයවවල සාම්පලයන් අන්වීක්ෂීය පරීක්ෂණ සඳහා ගන්නා බවත්,
 - සමහර අවයව/පටක තව දුරටත් පරීක්ෂා කිරීම සඳහා තබා ගන්නා බවත්, මම දැන ගනිමි.
- ප්‍රකාශය
 - අදාල වෛද්‍යවරු ඇතුළු කණ්ඩායම් විසින් මරණට හේතුව (ළදරු මරණයකදී), ව්‍යාධිවේද පශ්චාත් මරණ පරීක්ෂණයක අවශ්‍යතාවය සහ එය සිදු කරන අන්දම පැහැදිලි කර දුන් බවත්, මා විසින් ව්‍යාධිවේදී මරණ පරීක්ෂණයකට කැමැත්ත පල කරන මෙම පත්‍රිකාව කියවා තේරුම් ගත් බවත් මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.
 - මම මෙම දරුවාගේ පියා/මව වන අතර මාගේ දැනුමට අනුව මාගේ බිරිදගේ / ස්වාමි පුරුෂයාගේ අකමැත්තක් මෙම ව්‍යාධිවේද පශ්චාත් මරණ පරීක්ෂණයට නැති බවත් මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.
සැ:යු: ජාන නිර්ණය කිරීමේ පරීක්ෂණ සඳහා යොමු කිරීමේදී මවගේ සහ පියාගේ යන දෙදෙනාගේම කැමැත්ත අවශ්‍ය වේ.
- ව්‍යාධිවේද පශ්චාත් මරණ පරීක්ෂණයෙන් පසු මෙම මළ සිරුරේ අවසන් කටයුතු සිදු කිරීමට මිහිසින් භාර ගන්නා බවත්/ රෝහල වෙත භාර දෙන බවත් මෙයින් සහතික කරමි.

කැමැති නම් පමණක් පිළිතුරු සපයන්න

- අධ්‍යයන පරීක්ෂණ සඳහා හෝ ඉගැන්වීම සඳහා රෝහල හරහා මෙම දේහයේ අවයව/ පටක තබා ගැනීමට මාගේ කැමැත්ත ප්‍රකාශ කරමි.
- මෙම මරණය සම්බන්ධ සියලුම වාර්තා රෝහල මගින් හෝ වෛද්‍යවරුන් මගින් අධ්‍යයන කටයුතු හෝ ඉගැන්වීමේ කටයුතු සඳහා, අන්‍යන්‍යතාවය හෙළි නොකර යොදා ගැනීමට මාගේ කැමැත්ත ප්‍රකාශ කරමි.

මවගේ / පියාගේ අත්සන..... දුරකතන අංකය.....

අදාල වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන. දිනය

තනතුර