සෞඛ්‍ය PH1274
சௌக்கியம் PH1274
Health PH1274

ජාතික පවුල් සැලසුම් වැඩ සටහන - පසු ප්‍රසව අන්තඃ ගර්භාෂ/හෝමෝන කරල්* තැන්පතුව සඳහා කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීම

தேசிய குடும்பத்திட்டமிடல் நிகழ்ச்சித் திட்டம்
பிரசவத்தின் பின் கர்ப்பப்பை உட்சுருள் / ஹோர்மோன் உட்செருகி*
குடும்ப திட்டமிடல் முறையை பெற்றுக் கொள்வதற்கான சம்மதப்படிவம்

National Family Planning Programme - Insertion of Postpartum Intra-uterine Device/Hormonal Implant* - Declaration of Consent

.....පදිංචි වයස අවුරුදු ..... ක් වන මෙහි පහත අත්සන් කරන.....
වන මම, මා හට පසු ප්‍රසව අන්තඃ ගර්භාෂ /හෝමෝන කරල් තැන්පතුව* සිදුකරන මෙන් ඉල්ලමි.

.....ஆகிய..... வயதுடைய
.....எனும் விலாசத்தில் வசிக்கும் நான் பிரசவத்தின் பின் கர்ப்பப்பை உட்சுருள்/ ஹோமோன் உட்செருகி* பெற்றுக் கொள்வதற்கு விண்ணப்பிக்கின்றேன்.

I, the undersigned .....
aged ..... years and residing at .....
request that an intra-uterine device/hormonal implant* be inserted on me.

පහත සඳහන් කරුණු හොඳින් තේරුම් ගත් බව මම සහතික කරමි.

(අ) පසු ප්‍රසව අන්තඃ ගර්භාෂ /හෝමෝන කරල්* තැන්පතුව පිළිබඳ විස්තර ද, එයින් ඇතිවිය හැකි අපහසුතා, අතුරු ආබාධ සහ බලාපොරොත්තු විය හැකි ප්‍රයෝජනද සෞඛ්‍ය නිලධාරීන් විසින් මට පැහැදිලි කර දෙන ලදී.

(ආ) මා හට භාවිතා කළ හැකි අනෙකුත් පවුල් සැලසුම් ක්‍රම පිළිබඳවද සෞඛ්‍ය නිලධාරීන් විසින් මාව දැණුවත් කරන ලදී.

(ඇ) තැන්පත් කර සති 4-6 අතර කාලයේදී සායනයට ගොස් අන්තඃ ගර්භාෂ තැන්පතුව පරීක්ෂා කර ගැනීමේ අවශ්‍යතාවය පිළිබඳව දැණුවත්ව සිටිමි.*

கீழ்வரும் விடயங்கள் அனைத்தையும் நான் விளங்கிக் கொள்கின்றேன் என உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

(அ) பிரசவத்தின் பின் கர்ப்பப்பை உட்சுருளினால் / ஹோமோன் உட்செருகியினால்* ஏற்படக்கூடிய அசௌகரியங்களையும் அதன் பக்கவிளைவுகள் மற்றும் ஏற்படக்கூடிய நன்மைகள் உள்ளடங்கலாக அவை பற்றிய முழுமையான தகவல்களை, சுகாதார சேவை வழங்குனர்களிடம் இருந்து அறிந்து விளங்கிக் கொண்டேன்.

(ஆ) இதைத்தவிர என்னால் பாவிக்கப்படக்கூடிய வேறு குடும்ப திட்டமிடல் முறைகள் பற்றியும் சுகாதார சேவை வழங்குனர்கள் எனக்கு விளக்கம் அளித்துள்ளனர்.

(இ) நான் பிரசவத்தின் பின் 4 தொடக்கம் 6 கிழமைகளுக்குள் மீண்டும் பிணியாய்வு நிலையத்திற்கு வருகை தர வேண்டும் என்பதையும், நான் பெற்றும் கொண்ட கர்ப்பப்பை உட்சுருளின் நிலையை பரிசோதனை செய்து பார்க்க வேண்டும் என்பதையும் அறிந்து கொண்டுள்ளேன் *

I certify that I understand the following:

(a) Details about the postpartum intra-uterine device/hormonal implants*, possible discomforts, side effects and benefits to be expected have been explained to me by healthcare officers.
(b) Other family planning methods that I can practice were also explained to me by healthcare officers.
(c) I am aware about the need to attend the clinic 4-6 weeks postpartum, and get the intra-uterine device checked*.

කිසිඳු බලපෑමකින් හෝ අයතා අනුග්‍රහයකින් තොරව මගේ කැමැත්තෙන්ම පසු ප්‍රසව අන්තඃ ගර්භාෂ /හෝමෝන කරල් තැන්පතුව* සිදු කරන ලෙස ඉල්ලා සිටිමි. තැන්පතුව සිදු කිරීමට පෙර මගේ අදහස වෙනස් කොට එය සිදු කර නොගැනීමට මට තීරණය කළ හැක. මේ සම්බන්ධව මා හට ඇති ගැටළු නිරාකරණය කර ගැනීමට ප්‍රමාණවත් අවස්ථාවක් ලැබුණි.

நான் கர்ப்பப்பை உட்சுருள் / ஹோமோன் உட்செருகியினை* எவ்வித கட்டாயப்படுத்தலோ தூண்டுதலோ இன்றி. சுயவிருப்பத்தின் அடிப்படையிலேயே பெற்றுக்கொள்ள விரும்புகின்றேன். எனினும், நான் இக் குடும்ப திட்டமிடல் முறையை பெறுவது தொடர்பான எனது மனநிலையை இக் குடும்ப திட்டமிடல் முறையை பெறுவதற்கு முன் எந்நேரத்திலும் மாற்றிக்கொள்ளலாம் என்பதனையும் அல்லது அக் குடும்பத்திட்டமிடல் முறை பெறுவதை நிராகரிக்கலாம் என்பதையும் அறிவேன். இக் குடும்பத்திட்டமிடல் முறை பெறுவதற்கு முன் அது தொடர்பான எனது சந்தேகங்களை தெளிவு படுத்தக்கொள்ள எனக்கு போதியளவு சந்தர்ப்பம் அளிக்கப்பட்டது .

I have applied for postpartum intra-uterine device/hormonal implant* on my own free will without any coercion or inducement. I can change my mind at any time before the insertion and decide against the insertion. I received adequate opportunity to clarify my doubts in this regard.

.....
දිනය/ திகதி / Date

.....
තැන්පතුවට භාජනය වන තැනැත්තාගේ අත්සන
கையொப்பம் குடும்பத்திட்டம் பெறுபவர்
Signature of acceptor

*අනවශ්‍ය වචන කපාහරින්න
*பொருத்தமற்றதை அழிக்கவும்
*Please delete inapplicable words.