

പ്രഖ്യാപനത്തിനും സമ്മതപത്രത്തിനുമുള്ള ഫോം
(മസ്തിഷ്ക മരണം സംഭവിച്ച വ്യക്തിയുടെ അടുത്ത ബന്ധുവോ
നിയമാനുസൃതമായ ഉടമയോ പൂരിപ്പിക്കുന്നതിന്)
[5(1)(ബി), 5(4)(ബി) കൂടാതെ 5(4)(ഡി) നിയമങ്ങൾ കാണുക]
പ്രഖ്യാപനവും സമ്മത ഫോമും

ഞാൻ, എസ്/ഒ,ഡി/ഒ, ഡബ്ല്യു/ഒ.
വയസ്സ്..... നിവാസി താഴെ പറയുന്ന
വ്യക്തികളുടെ സാന്നിധ്യത്തിൽ , ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു:

1. എന്റെ ബന്ധു (ബന്ധം വ്യക്തമാക്കുക)
o/W,o/D,o/S..... വിന് മസ്തിഷ്ക മരണം സംഭവിച്ചതായി അറിയിച്ചു
2. എന്റെ അറിവിൽ (ബാധകമല്ലാത്തത് കുറുകെ വെട്ടുക):
(എ) അവൻ/ അവൾ (മരിച്ചയാളുടെ പേര്)..... അവന്റെ/അവളുടെ മരണത്തിന് മുമ്പ്
അധികാരപ്പെടുത്തിയ / ഇല്ലായിരുന്നു, നീക്കം ചെയ്തത്..... (അവയവത്തിന്റെ
പേര്/ ടിഷ്യു/രണ്ടും) അവന്റെ/അവളുടെ ശരീരത്തിന്റെ മരണശേഷം ചികിത്സാ ആവശ്യത്തിനായി
അത്തരം അംഗീകാരത്തിന്റെ ഡോക്യുമെന്റി തെളിവ് ചേർത്തിരിക്കുന്നു/ലഭ്യമല്ല.
(ബി) അവൻ / അവൾ (മരിച്ചയാളുടെ പേര്)..... മുകളിലെ നമ്പർ 2 (എ) പ്രകാരം
(ബാധകമെങ്കിൽ) അധികാരം റദ്ദാക്കിയിരുന്നില്ല.
(സി) പ്രസ്തുത മരിച്ച വ്യക്തിയുടെ അടുത്ത ബന്ധുവിന് അവന്റെ/അവളുടെ ഏതെങ്കിലും അവയവങ്ങൾ/ടിഷ്യു
ചികിത്സാ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി ഉപയോഗിക്കുന്നതിൽ എതിർപ്പില്ലെന്ന് വിശ്വസിക്കാൻ കാരണങ്ങളുണ്ട്.
3. അത്തരം അംഗീകാരത്തിന്റെ അഭാവത്തിൽ, എനിക്ക് അംഗീകരിക്കാനും നിഷേധിക്കാനും അവകാശമുണ്ട്.
അവയവം/ടിഷ്യു/ഇരണ്ടും കണ്ണ്/കോർണിയ ഉൾപ്പെടെ... (മരിച്ചയാളുടെ പേര്) ചികിത്സാ
ആവശ്യങ്ങൾക്കായി. കോർണിയ/കണ്ണുകൾ അനുയോജ്യമല്ലെങ്കിൽ, വിദ്യാഭ്യാസ/ഗവേഷണത്തിന്
ഉപയോഗിക്കാമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
4. ഞാൻ ഇതിനാൽ അവന്റെ/അവളുടെ ശരീരാവയവം (കൾ) കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ ടിഷ്യു(കൾ), അതായത്
(ഏതെങ്കിലും അവയവവും ടിഷ്യുവും/ കിഡ്നി/കരൾ/ ഹൃദയം/ശ്വാസകോശം/കൂടൽ/ കോർണിയ/
ചർമ്മം/അസ്ഥി/എല്ല്/) നീക്കം ചെയ്യാൻ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു/അധികാരം നൽകുന്നില്ല. ഹാർട്ട് വാൽവ് /
മറ്റേതെങ്കിലും; ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക) ചികിത്സാ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി. സീറോളജി
പരിശോധനയ്ക്കായി രക്തസാമ്പിൾ വരയ്ക്കുന്നതിനുള്ള അനുമതിയും ഞാൻ നൽകുന്നു. കൂടാതെ
അവയവങ്ങൾ/ കോശങ്ങൾ സൂരക്ഷിതമായി മാറ്റിവയ്ക്കുന്നതിന് ദാതാവിന്റെ ശരിയായ സ്ക്രീനിംഗ്
സുഗമമാക്കുന്നതിന് സാമൂഹിക/പെരുമാറ്റ, മെഡിക്കൽ ചരിത്രം പങ്കിടാൻ ഞാൻ തയ്യാറാണ്.

തീയതി മുതദേഹം നിയമാനുസൃതമായി കൈവശം വച്ചിരിക്കുന്ന അടുത്ത ബന്ധുവിന്റെ/
വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്,

കത്തിടപാടിനുള്ള വിലാസം* സ്ഥലം ടെലിഫോൺ നമ്പർ

ഇമെയിൽ:.....

* പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത കുട്ടിയുടെ കാര്യത്തിൽ, പ്രഖ്യാപനത്തിൽ കുട്ടിയുടെ മാതാപിതാക്കളിൽ ഒരാളോ അല്ലെങ്കിൽ രക്ഷിതാവ് അധികാരപ്പെടുത്തിയ അടുത്ത ബന്ധുവോ ഒപ്പിടണം. അടുത്ത ബന്ധുവോ ശരീരം നിയമാനുസൃതമായി കൈവശം വച്ചിരിക്കുന്ന വ്യക്തിയോ ഈ ഫോമിൽ ഒപ്പിടാൻ വിസമ്മതിച്ചാൽ, ഈ ഫോമിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ അത് രേഖാമൂലം രേഖപ്പെടുത്തും.

(സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് 1)

1. ശ്രീ/ശ്രീമതി/.....എസ്/ ഒ, ഡി/ഒ, ബ്ലൂ/ഒ.....
 പ്രായമായ ടെലിഫോൺ നമ്പർ.....
 ഇമെയിൽ:

(സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് 2)

2. ശ്രീ/ശ്രീമതി/.....എസ്/ ഒ,ഡി/ഒ, ഡബ്ല്യൂ/ഒ.....
 ടെലിഫോൺ നമ്പർ..... ഇമെയിൽ: