

කොවිඩ්-19 ගෝලීය වසංගත තත්වය පවතින කාලය තුළ දත්ත වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබාගැනීමට කැමැත්ත පළ කිරීම

1.(නම) වන මම,

- කොවිඩ්-19 වෛරසය ශරීරගත වූ අයකුට රෝග ලක්ෂණ මතු වීමට දින 2 සිට 28 දක්වා වූ දිගු කාල පරාසයක් ගත විය හැකි බවද,
- එම කාලය තුළදී ආසාදිතයෙකුගෙන් තවත් බොහෝ දෙනෙකුට වෛරසය ශරීරගත විය හැකි බවද,
- දත්ත ප්‍රතිකාර වලදී රෝගියා හා වෛද්‍යවරයා අතර සමාජ දුරස්ථභාවය (මීටරයක දුර) පවත්වාගැනීමට අපහසු බවද,
- දත්ත වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර වලදී සායනික පරිසරයට රෝගීන්ගේ මුඛය තුලින් බිඳිනි විසිර යාමේ හැකියාවක් ඇති බවද,
- ඉහත කරුණු සියල්ල හේතුවෙන්, දත්ත වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබාගැනීමේදී කොවිඩ්-19 වෛරසය ආසාදනය වීමේ අවදානමක් පවතින බවද,

හොදින් අවබෝධ කරගෙන ඇත්තෙමි.

2. ආසාදන පාලන උපක්‍රමයන් තම සීමාව තුළ උපරිමව අනුගමනය කරන බව දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා විසින් මට පහදා දුන් අතර මම ඒ ගැන සෑහීමට පත්වෙමි.

3. තවද, මම

- උණ
- වියලි කැස්ස
- උගුරේ වේදනාව
- නාසයෙන් සොටුදියර ගැලීම
- ගඳ සුවඳ හා රසය නොදැනීම
- හුස්ම ගැනීමේ අපහසුව

යන රෝගී තත්වයන්ගෙන් නොපෙළෙන බවද,

පසුගිය දින 30 තුළ විදේශයක හෝ කොවිඩ්-19 පැතිර යන ප්‍රදේශයක සංචාරය කොට නොපැමිණි බවද,

කොවිඩ්-19 රෝගියෙකු හෝ සැක සහිත අයෙකු ආශ්‍රය කොට නොමැති බවද,

මෙකී තත්වයන් යටතේ, අවදානම අවබෝධ කරගෙන දත්ත වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබාගැනීමට කැමති බවද,

දන්වා සිටිමි.

අත්සන

දිනය.....

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-

දුරකථන අංකය :-

ලිපිනය :-