

## **கோவிட்-19 தொற்றுநோய்ப் பரவல் காணப்படும் காலகட்டத்தில், பல் சிகிச்சைக்கு உட்படுத்துவதற்கான ஒப்புதல் படிவம்**

1. நான், ..... (பெயர்) இதன் மூலம் பின்வருவனவற்றைப் புரிந்து கொண்டேன் என்று அறிவிக்கிறேன்,
  - o கோவிட்-19 வைரஸ் நோய்த் தொற்று ஏற்பட்டு அறிகுறிகள் தோன்றுவதற்கு கணிசமாக நீண்ட காலம் ஆகலாம். இது 28 நாட்கள் வரை நீடிக்கலாம்,
  - o இந்த நோய் அறிகுறிகள் தோன்றும் நீண்ட கால இடைவெளியில், அத்தகைய நபர்கள் அதிக தொற்று ஏற்படுத்தக்கூடியவராக இருக்கக்கூடும். அது மட்டுமல்லாது, ஆரோக்கியமான நபர்களுக்கும் இவர்களால் நோய் பரவக்கூடும்,
  - o பல் சிகிச்சை முறைகளைச் செய்யும்போது, சமூக தொலைதூர பரிந்துரைகளைப் பராமரிப்பது நடைமுறைக்குச் சாத்தியப்படாத விடயமாகும் (அதாவது ஒரு மீட்டர் இடைவெளியில்),
  - o பல் சிகிச்சை முறைகள் அழுத்தம் கொடுக்கப்பட்ட நீர் அல்லது காற்று ஸ்ப்ரேக்களை உருவாக்கக்கூடும். இது நோயாளிகளின் திரவத் துளிகளுடன் கலந்து மாசுபட்டு கிளினிக் சூழலில் நீடிக்கும்,
  - o மேற்கூறிய காரணங்களால், பல் சிகிச்சையின் விளைவாக கோவிட்-19 நோய்த் தொற்று ஏற்படுவதற்கு வாய்ப்பு உள்ளது.
2. நோய்த்தொற்றுக் கட்டுப்பாட்டு நடவடிக்கைகள் அனைத்தும் அவரது எல்லைக்குள் மேற்கொள்ளப்பட்டு உள்ளன என்று பல் வைத்தியர் எனக்கு விளக்கினார். இங்கு பயன்படுத்தப்படும் தொற்றுக் கட்டுப்பாட்டு நடவடிக்கைகளில் நான் திருப்தி அடைகிறேன்.
3. மேலும், கீழே பட்டியலிடப்பட்ட அறிகுறிகள் எதுவும் எனக்கு இல்லை என்பதை உறுதிப்படுத்துகிறேன்:
  - o காய்ச்சல்
  - o மூச்சுத் திணறல்
  - o சுவை அல்லது வாசனையின் உணர்வு இழப்பு
  - o உலர் இருமல்
  - o மூக்கு ஒழுகுதல்
  - o தொண்டை நோ அல்லது வலி

மேலும் நான் கடந்த 30 நாட்களுக்குள்,

வெளிநாடுகளுக்கு அல்லது கோவிட்-19 உயர் ஆபத்து நிறைந்த பகுதிக்கு/பகுதிகளுக்கு பயணிக்கவில்லை என்பதையும்,

கோவிட்-19 நோயாளி அல்லது சந்தேகிக்கப்படும் நபருடன் தொடர்பில் இருக்கவில்லை என்பதையும்

அறியத் தருகின்றேன்.

கோவிட்-19 இன் ஆபத்தை மதிப்பிட்ட பிறகு பல் சிகிச்சைக்கு நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன்

கையொப்பம்: .....

திகதி: .....

அடையாள அட்டை இலக்கம்: .....

முகவரி: .....

தொலைபேசி இலக்கம்: .....