

JAMUHURI YA MUUNGANO WA TANZANIA  
WIZARA YA AFYA, MAENDELEO YA JAMII,  
JINSIA, WAZEE NA WATOTO



JINA LA KITUO/HOSPITALI

### KIBALI CHA RIDHAA YA MATIBABU

Namba ya Usajili.....  
Jina la Ukoo .....  
Jina la Kwanza..... Jina la Kati .....  
Umri..... Jinsi.....ME/KE  
Dini.....Kabila.....Wodi/Kitengo.....

### FOMU YA IDHINI YA KUFANYIWA UPASUAJI, UCHUNGUZI NA KUPEWA DAWA YA GANZI

- (i) Mimi..... (majina matatu) ninamruhusu Daktari ..... na jopo la wataalam wengine watakaoshiriki katika kufanya huduma ya upasuaji/uchunguzi wa ..... jina la upasuaji/uchunguzi .....
- (ii) Nimeelezwa na Daktari....., kwamba wakati wa upasuaji endapo daktari atagundua matatizo mengine ambayo hayakugundulika kabla, ninamruhusu Daktari na jopo la Wataalam kufanya upasuaji kadiri watakavyoona inafaa kwa ajili ya usitawi wa afya yangu.
- (iii) Naidhinisha pia kupewa dawa, ganzi, au kuongezewa damu kadiri itakavyohitajika kwa njia zozote kutokana na uamuzi wa wataalamu.
- (iv) Nimeelezwa pia juu ya faida za kufanyiwa upasuaji/uchunguzi na njia mbadala za matibabu na madhara yanayoweza kujitokeza kwa kufanyiwa ama kutokufanyiwa huduma hii.
- (v) Mimi....., nathibitisha kuwa nimeelezwa, nimesoma na kuelewa maelekezo yote hapo juu
- (vi) Nilipata wasaa wa kuuliza na kujibiwa maswali yangu kwa ufasaha. Hivyo, naridhia kufanyiwa upasuaji/uchunguzi kama ilivyopangwa.

Watia Saini	Jina	Cheo	Saini	Tarehe	Muda	Namba ya Simu
Mgonjwa						
Daktari						
Mtaalam wa dawa ya ganzi						
Ndugu wa karibu						
Shahidi						

*Endapo mgonjwa hana uwezo wa kutoa idhini kutokana na hali yake (Wagonjwa Mahututi, Watoto chini ya Miaka 18, Wagonjwa Wasiojiweza, Wasio na Wazazi/Walezi), Ndugu wa karibu au Mkuu wa Kituo anaweza kutoa idhini kwa niaba yake akizingatia kuwa uamuzi anaotoa una manufaa kwa mgonjwa.*