

અનેસ્થેસિયા, સર્જીકલ ઓપરેશન અને અન્ય પ્રોસિજર માટેની સંમતિ

1. હું _____ (મારું પોતાનું નામ અથવા દર્દીના નામ)
ઉપર નીચે જણાવેલ પ્રોસિજર કરવાની મંજૂરી આપું છું:

પ્રક્રિયા(ઓ)નું નામ: _____
ડૉ. _____ ની દેખરેખ હેઠળ કરવામાં આવશે.

- મારી સાથે આ પ્રક્રિયાની સંપૂર્ણ માહિતી આપી છે. મારા તમામ પ્રશ્નોના સંતોષકારક ઉત્તર આપવામાં આવ્યા છે. સાથે સાથે આ પ્રક્રિયાથી સંબંધિત જોખમોની જાણકારી પણ આપવામાં આવી છે, જેને હું સમજું છું અને સ્વેચ્છાએ મંજૂરી આપું છું.
- વિકલ્પ રૂપે ઉપલબ્ધ અન્ય સારવારની પદ્ધતિઓની પણ મને જાણકારી આપવામાં આવી છે. હું આ સારવાર માટે સજીવ રક્ત આપવું પડ્યું તો પણ તે માટે સંમતિ આપું છું.
- પ્રક્રિયા દરમિયાન જો અન્ય બીમારી અથવા તકલીફ જણાય તો તેને સુધારવા માટે જરૂરિયાત મુજબની સારવાર કરવાની પણ હું સંમતિ આપું છું.
- મારી પાસે સ્પષ્ટ રીતે જણાવાયું છે કે પ્રક્રિયા દરમિયાન ડોક્ટર પાસે હોસ્પિટલ સ્ટાફ, રેસિડન્ટ, અન્ય ડોક્ટર અને નર્સોની મદદ હોય શકે છે, અને હું તેના માટે સંમતિ આપું છું.
- સામાન્ય એનેસ્થેસિયા દરમિયાન શ્વાસનળીમાં ટ્યુબ નાખવાની જરૂર પડી શકે છે (એન્ડોટ્રેકિયલ ઇન્ટ્યુબેશન), જેના લીધે ગળામાં દુખાવો કે અવાજમાં ફેરફાર થઈ શકે છે. દાંત અથવા દંતપ્રોસ્ટીસિસ તૂટી પણ શકે છે. જો શ્વાસ લેવામાં તકલીફ આવે તો દર્દીને વેન્ટીલેટર પર રાખવામાં આવી શકે છે. અત્યંત દુર્લભ રીતે મૃત્યુ પણ થઈ શકે છે.
- સારવાર પછી ગંભીર કે સામાન્ય દુષ્પરિણામો થઈ શકે છે, જે મને સમજાવવામાં આવ્યું છે અને હું તે જોખમો સ્વીકારું છું. ક્યારેક સુધારાની પ્રક્રિયા વધુ સમય લઈ શકે છે.
- ઓપરેશન જનરલ/સ્પાઇનલ/લોકલ અથવા યોગ્ય એનેસ્થેસિયા હેઠળ કરવામાં આવશે, જે સર્જન અને એનેસ્થેસિયાલોજિસ્ટ નક્કી કરશે.

ડૉ. _____

- ALLERGIC REACTIONS થઈ શકે છે. કોઈપણ એલર્જી હોય તો તે ડોક્ટરને જણાવવાની જવાબદારી મારી છે.
- અગાઉ કોઈ સર્જરી કે એનેસ્થેસિયા દરમિયાન તકલીફ થઈ હોય તો ડોક્ટરને જણાવવી આવશ્યક છે.
- મારે માટે શૂન્ય ગેરંટી આપવામાં આવી છે. પરિણામ કે સારવારના સફળતાની ખાતરી નથી. જો બીજી ઓપરેશન/Emergency સર્જરીની જરૂર પડે તો પણ હું મંજૂરી આપું છું.
- ઓપરેશન દરમિયાન રક્ત ચઢાવવાની જરૂર પડે તો આપવામાં આવશે. બધા પ્રયત્નો કરવા છતાં રક્ત ચઢાવ્યા પછી પણ તકલીફ થઈ શકે છે, જેનો જોખમ હું સ્વીકારું છું.
- મારા ઓપરેશનની વૈજ્ઞાનિક, શૈક્ષણિક કે તબીબી દૃષ્ટિએ ફોટો, વિડિઓ અથવા ઓબ્ઝર્વેશન માટે મંજૂરી છે, જો કે મારી ઓળખ છુપાવવામાં આવશે.

14. ઓપરેશન દરમિયાન બહાર કાઢવામાં આવેલા કોઈપણ અંગ અથવા કોષને હોસ્પિટલ નિકાલ કરી શકે છે.
15. હું ડોક્ટરની તમામ સલાહ અને સૂચનાઓને અનુસરીશ અને સંપૂર્ણ સહયોગ આપશ.
16. મને હોસ્પિટલની ઉપલબ્ધ અને ઉપલબ્ધ ન હોતી સુવિધાઓની જાણ છે.
17. હોસ્પિટલમાં ઉપયોગ થતી દવાઓ, સીરિન્જ, ઇન્જેક્શન બોટલ વગેરે હોસ્પિટલ દ્વારા બનાવાતી નથી, પણ માન્ય કંપનીઓની દવાઓ ઉપયોગમાં લેવામાં આવે છે.
18. મારી કે મારા સંબંધીઓની જવાબદારી છે કે સારવાર માટેની દવાઓ સમયસર અને યોગ્ય માત્રામાં લાવવામાં આવે અને હોસ્પિટલ દ્વારા ઉપયોગમાં લેવાયેલી દવાઓ/કેટેથર/સ્યુચર/ડિસ્પોઝેબલની જગ્યા પર નવી આપવી પડશે.
19. આ તમામ બાબતો મને મારી માતૃભાષામાં સમજાવવામાં આવી છે અને હું સંપૂર્ણ સ્વેચ્છાએ સંમતિ આપું છું.
20. હું તમામ બિલ ચૂકવવાનું સ્વીકારું છું, તેમાં ઈમરજન્સી પ્રક્રિયાના ખર્ચ પણ સામેલ છે. જો ઓપરેશન દરમિયાન તકલીફ થાય તો તેના માટેના સુધારાત્મક ઓપરેશનના ખર્ચ માટે પણ હું જવાબદાર છું.
21. નીચે નામ લખનાર વાલી મારા તરફથી તમામ દસ્તાવેજો - કેસ પેપર્સ, ડિસ્ચાર્જ સમરી, રિપોર્ટ વગેરે સ્વીકારવા સક્ષમ છે.

સાક્ષી: દર્દીનો સહી:

અથવા સંબંધિત અથવા કાયદેસર વાલી:

વાલીનું નામ:

તારીખ: _____ સમય: _____