

भूल, शस्त्रक्रिया व अन्य प्रक्रिया करण्याकरिता संमतिपत्र

१. मी, माझ्यावर /

या व्यक्तीवर

या शस्त्रक्रिया / प्रक्रिया

यांच्या

मार्गदर्शनाखाली व निरीक्षणाखाली करण्यास संमती देत आहे.

२. माझ्यावर करण्यात येणाऱ्या शस्त्रक्रिया / प्रक्रियांचे संपूर्ण स्वरूप मला समजावून सांगण्यात आले आहे. मला उद्भवलेल्या विकाराबद्दल व करण्यात येणाऱ्या शस्त्रक्रिया / प्रक्रियांबद्दल असलेल्या माझ्या प्रश्न व शंकांचे समाधानकारक निरसन करण्यात आले आहे. तसेच या शस्त्रक्रिया / प्रक्रियांमधील अंतर्भूत धोके व जोखमी मला समजावून सांगण्यात आले आहेत व त्या समजून घेऊन मी सदर शस्त्रक्रिया / प्रक्रिया करून घेण्यास संमती देत आहे.

३. डॉक्टरांनी मला उपलब्ध असलेल्या अन्य उपचारपद्धतींबद्दलही योग्य माहिती दिली आहे. मी सदर शस्त्रक्रिया / प्रक्रिया करून घेण्याबरोबरच माझ्या उपचारांकरिता गरज भासल्यास रक्त अथवा रक्तघटक द्यावे लागल्यास ते डॉक्टरांना योग्य भासेल त्याप्रमाणे व त्या प्रमाणात दिले जाण्यास मी संमती देत आहे.

४. मला कल्पना देण्यात आली आहे की माझ्यावरील सदर शस्त्रक्रिया / प्रक्रियेदरम्यान डॉक्टरांना एखादा नवीन / आधी नजरेस न पडलेला विकार लक्षात येऊ शकतो व त्या विकाराच्या उपचाराकरितादेखील वेगळी शस्त्रक्रिया / प्रक्रिया करण्याची गरज भासू शकते. म्हणूनच अशा प्रकारे शस्त्रक्रिया / प्रक्रियेदरम्यान लक्षात आलेल्या नवीन विकाराकरिता गरजेची शस्त्रक्रिया / प्रक्रिया करण्यासही मी संमती देत आहे.

५. डॉक्टरांनी मला कल्पना दिली आहे की सदर शस्त्रक्रिया / प्रक्रिया करताना, गरजेनुसार, रुग्णालयातील अथवा अन्य, शल्यचिकित्सक, परिचारक/परिचारिका, निवासी डॉक्टर वा अन्य डॉक्टर वा व्यक्तींचा सहभाग असू शकतो. अशा सहभागासही मी संमती देत आहे.

६. पूर्ण भुलीखाली शस्त्रक्रिया / प्रक्रिया करण्याकरिता श्वासनलिकेत कृत्रिम नळी (एंडोट्रॅकिअल इंट्युबेशन) ची आवश्यकता भासू शकते. या नळीमुळे घसा बसणे, घसा दुखणे इ. त्रास उद्भवू शकतो. तसेच या प्रक्रियेदरम्यान दात/कवळी तुटू अथवा निखळू शकतात. पूर्ण भुलीदरम्यान श्वसनाची गुंतागुंत उद्भवू शकते व त्या परिस्थितीत यंत्राद्वारे कृत्रिम श्वासोच्छ्वास (ventilator) देण्याची गरज निर्माण होऊ शकते. अत्यंत दुर्मिळ असला तरी कोणत्याही शस्त्रक्रिया / प्रक्रियेत अचानक मृत्यूचा धोका असतो. या सर्व शक्यतांची मला कल्पना देण्यात आली आहे.

७. शस्त्रक्रिया / प्रक्रिया तसेच भुलीशी संबंधित कोणतीही गुंतागुंत, किरकोळ स्वरूपाची किंवा गंभीर, तसेच जिवाला धोका निर्माण करणारी, शस्त्रक्रिया / प्रक्रियेनंतरच्या काही आठवड्यांत कधीही उद्भवू शकते व त्या अनुषंगाने बरे होण्यास (टाके/जखमा भरण्यास, सूज कमी होण्यास) लागणारा कालावधी काही आठवड्यांनी वाढू शकतो याची कल्पना मला देण्यात आली आहे.

८. सदर शस्त्रक्रिया / प्रक्रिया डॉ.

_____ या
शल्यचिकित्सक व डॉ.

_____ या भूलतज्ज्ञ
यांच्या निर्णयानुसार योग्य त्या भुलीखाली (पूर्ण/पाठीतून/अन्य) करण्यास मी संमती देत आहे.

९. असात्मता (अॅलर्जी) कोणत्याही पदार्थ/औषध इ.मुळे कधीही उद्भवू शकते. मला असलेल्या असात्मता प्रकृतीबाबत व ती ज्या पदार्थ/औषध इ.मुळे होते त्यांच्याबद्दल डॉक्टरांना माहिती देणे ही माझी जबाबदारी आहे.

१०. पूर्वी झालेल्या शस्त्रक्रिया / प्रक्रियांमध्ये भुलीशी संबंधित अथवा अन्य प्रकारची कोणतीही गुंतागुंत उद्भवली असल्यास त्याबद्दल डॉक्टरांना माहिती देणे ही माझी जबाबदारी आहे.

११. माझ्यावर करण्यात येणाऱ्या उपचार / शस्त्रक्रिया / प्रक्रिया यांद्वारे साध्य होणाऱ्या परिणामाच्या दृष्टीने अथवा आजार पूर्णपणे बरा होण्याची कोणतीही खात्री मला देण्यात आलेली नाही. तसेच, उपचारांकरिता एकापेक्षा अधिक शस्त्रक्रिया / प्रक्रिया करण्याची आवश्यकता असते तेव्हा, काही वेळा, कालांतराने दुसरी, आकस्मिक स्वरूपाची शस्त्रक्रिया / प्रक्रिया करण्याची गरज निर्माण होऊ शकते याची मला कल्पना देण्यात आली आहे व अशा स्वरूपाच्या प्रक्रियेकरिता मी संमती देत आहे.

१२. रक्त अथवा रक्तघटक, शस्त्रक्रिया / प्रक्रियेदरम्यान किंवा त्याआधी किंवा त्यानंतर दिले जाऊ शकतात. योग्य प्रकारे व काटेकोरपणे तपासणी करून सारखेपणाची खात्री करण्याचा हरतऱ्हेने प्रयत्न केला जातो. तरीही काही असात्मता अथवा अन्य प्रकारची गुंतागुंत उद्भवू शकते याची कल्पना मला देण्यात आली आहे व सदर धोका पत्करून मी याकरिता संमती देत आहे.

१३. या शस्त्रक्रिया / प्रक्रियेचे व शरीराच्या आवश्यक त्या भागांचे अवलोकन, छायाचित्रण तसेच चित्रीकरण व त्यांचा वैद्यकीय, शास्त्रीय व शैक्षणिक कार्याकरिता (छायाचित्र/चित्रफितींमधून /सोबतच्या मजकुरातून माझी ओळख उघड न होता) वापर करण्यास मी संमती देत आहे.

१४. शस्त्रक्रिया / प्रक्रियेदरम्यान शरीरातून काढून टाकण्यात आलेल्या भागांची रुग्णालयाद्वारे योग्य प्रकारे विल्हेवाट लावण्यास मी संमती देत आहे.

१५. माझ्या उपचार/शस्त्रक्रिया / प्रक्रियेसंदर्भात डॉक्टरांनी दिलेल्या सर्व सूचनांचे तंतोतंत पालन करण्याचा मी पूर्ण प्रयत्न करेन.

१६. रुग्णालयात उपलब्ध असलेल्या व नसलेल्या सोयीसुविधांबद्दल मला संपूर्ण माहिती देण्यात आली आहे.

१७. रुग्णालयात वापर करण्यात येणाऱ्या सुया, इंजेक्शन, बाटल्या, औषधे इ. वस्तू रुग्णालयात बनविण्यात येत नाहीत, तसेच, प्रमाण कंपन्यांचे साहित्य वापरले जाते याची मला कल्पना देण्यात आली आहे.

१८. माझ्या उपचार/शस्त्रक्रिया / प्रक्रियेकरिता आवश्यक औषधे, टाक्यांचे धागे, लघवीची नळी इ. व अन्य साहित्य आणणे ही माझी/माझ्या नातेवाईकांची जबाबदारी आहे.

१९. वरील सर्व मला माझ्या मातृभाषेत/मला समजणाऱ्या भाषेत मला समजावून सांगण्यात आले आहे.

२०. शस्त्रक्रिया /प्रक्रियांमधून गुंतागुंत उद्भवण्याची शक्यता असते. शस्त्रक्रियांच्या गुंतागुंतीचे तसेच शस्त्रक्रियांच्या नको असलेल्या परिणामांचे व मनासारखे न झालेल्या परिणामांचे उपचार करावे लागू शकतात. मी वचन देतो की, सर्व उपचार/शस्त्रक्रिया /प्रक्रियांचे, तसेच तातडीक तत्वावर कही उपचार/शस्त्रक्रिया /प्रक्रिया लागल्यास त्यांचे, तसेच शस्त्रक्रियांच्या गुंतागुंतीचे तसेच शस्त्रक्रियांच्या नको असलेल्या परिणामांचे व मनासारखे न झालेल्या परिणामांचे उपचार करण्याकरिता शस्त्रक्रिया /प्रक्रिया लागल्यास त्यांचेही, सर्व पैसे मी भरेन.

२१. खाली सही करणार व्यक्तीस माझ्या वतीने रुग्णालयीन कागदपत्रे, भरतीपासून घरी जाईपर्यंतचा वैद्यकीय सारांश (डिस्चार्ज समरी), तपासणी अहवाल इ. व अन्य कागदपत्रे ताब्यात घेण्याचे अधिकार मी देत आहे.

साक्षीदार नाव व सही:_____

रुग्णाची / रुग्णाच्या वतीने सही करण्यास अधिकृत व्यक्तीची (नातेवाईक/ कायदेशीर पालक) सही:

नातेवाईक/ कायदेशीर पालक यांचे नाव:

दिनांक: _____ वेळ _____