

Consent for Anaesthesia, Surgical Operations, and Other Procedures” form:

□

एनेस्थीसिया, शल्य चिकित्सा और अन्य प्रक्रियाओं के लिए सहमति पत्र

1. मैं _____

(स्वयं या मरीज का नाम) पर निम्नलिखित प्रक्रिया/प्रक्रियाएं किए जाने की अनुमति देता/देती हूं:

□

2. 3. 4.

□

डॉ. _____

के समग्र पर्यवेक्षण एवं दिशा-निर्देश में यह प्रक्रिया की जाएगी।

मुझे यह प्रक्रिया किस प्रकार की जाएगी, इसके बारे में पूर्ण रूप से समझाया गया है। मेरी स्थिति और प्रक्रिया से संबंधित सभी प्रश्नों के उत्तर मुझे संतोषजनक रूप से दिए गए हैं। डॉक्टर ने मुझे प्रक्रिया से जुड़े जोखिम भी समझाए हैं, जिन्हें मैं समझता/समझती हूं और उन जोखिमों को स्वीकार करते हुए प्रक्रिया करवाने के लिए तैयार हूं।

डॉक्टर ने मुझे वैकल्पिक उपचार विधियों के बारे में भी जानकारी दी है और मैंने तय किया है कि यह प्रक्रिया (रक्त उत्पादों की आवश्यकता पड़ने पर उन्हें देने सहित) मेरी स्थिति को सुधारने के लिए सबसे उपयुक्त विकल्प है।

मुझे यह भी समझाया गया है कि प्रक्रिया के दौरान डॉक्टर को कुछ अन्य अस्वस्थ स्थितियां मिल सकती हैं जिन्हें सुधारना आवश्यक हो सकता है। इसलिए मैं डॉक्टर को ऐसी कोई भी अन्य प्रक्रिया करने की अनुमति देता/देती हूं, जिसे वह आवश्यक समझे।

5. डॉक्टर ने यह भी बताया है कि प्रक्रिया के दौरान वह सहायक के रूप में अस्पताल के कर्मचारी, निवासी डॉक्टर, अन्य चिकित्सक/शल्य चिकित्सक एवं नर्सों की सहायता ले सकते हैं और मैं इसकी अनुमति देता/देती हूँ।

जनरल एनेस्थीसिया दिए जाने पर श्वासनली में ट्यूब (एंडोट्रैकियल इंट्यूबेशन) डाला जा सकता है, जिससे गले में खराश या आवाज में भारीपन हो सकता है। दांत या डेंटल प्रोस्थेसिस ढीले हो सकते हैं या टूट सकते हैं। यदि श्वासन जटिलताएं उत्पन्न होती हैं, तो मरीज को वेंटिलेटर पर रखा जा सकता है। आकस्मिक मृत्यु अत्यंत दुर्लभ है, किंतु किसी भी सर्जरी या एनेस्थीसिया में इसकी संभावना बनी रहती है।

7. मुझे यह समझाया गया है कि एनेस्थीसिया व सर्जरी के दौरान या बाद में गंभीर या कम गंभीर कोई भी जटिलता उत्पन्न हो सकती है और मैं इन जोखिमों को स्वीकार करता/करती हूँ। कभी-कभी ठीक होने में कुछ सप्ताह अधिक लग सकते हैं।

8. यह ऑपरेशन जनरल/स्पाइनल/लोकल या अन्य उपयुक्त एनेस्थीसिया में किया जा सकता है, जैसा कि सर्जन और एनेस्थेतिस्ट तय करेंगे।

डॉ. _____

एलर्जी रिएक्शन हो सकते हैं। मेरी जिम्मेदारी है कि मैं डॉक्टर को अपनी किसी भी एलर्जी के बारे में जानकारी दूँ।

10. यदि पूर्व में किसी सर्जरी या एनेस्थीसिया में कोई समस्या हुई है, तो इसकी जानकारी डॉक्टर को अवश्य दें।

11. मेरे डॉक्टर ने प्रक्रिया के परिणाम या इलाज की गारंटी नहीं दी है और मुझे यह भी समझाया गया है कि कभी-कभी उपचार के लिए एक से अधिक प्रक्रिया की आवश्यकता हो सकती है। आपातकालीन/दूसरी सर्जरी की आवश्यकता हो सकती है और मैं इसके लिए भी सहमति देता/देती हूँ।

12. ऑपरेशन के दौरान रक्त संक्रमण की आवश्यकता पड़ सकती है। पूरी सावधानी के साथ क्रॉस मैच किया गया रक्त दिया जाएगा, फिर भी संक्रमण संबंधी जटिलताएं हो सकती हैं और मैं यह जोखिम स्वीकार करता/करती हूँ।

13. मैं इस बात के लिए सहमति देता/देती हूँ कि मेरी प्रक्रिया का निरीक्षण, फोटोग्राफी या टेलीविजन रिकॉर्डिंग चिकित्सकीय, वैज्ञानिक या शैक्षणिक उद्देश्यों के लिए की जा सकती है, बशर्ते मेरी पहचान उजागर न की जाए।

14. प्रक्रिया के दौरान निकाले गए किसी भी ऊतक या अंग को अस्पताल द्वारा नष्ट करने के लिए मैं सहमति देता/देती हूँ।

15. मैं डॉक्टर के साथ पूरा सहयोग करने और उनकी सलाह/निर्देशों का पालन करने के लिए तैयार हूँ।

16. मुझे अस्पताल में उपलब्ध सुविधाओं और अनुपलब्ध सुविधाओं के बारे में जानकारी है।

17. मुझे यह जानकारी है कि अस्पताल में प्रयुक्त दवाएं, बोतलें, सिरिज आदि अस्पताल द्वारा निर्मित नहीं हैं, लेकिन मान्यता प्राप्त कंपनियों की दवाएं प्रयोग की जाती हैं।

18. मुझे यह जानकारी है कि मेरे या मेरे परिजन की जिम्मेदारी है कि इलाज हेतु आवश्यक दवाएं समय पर उपलब्ध कराएं और अस्पताल द्वारा प्रयुक्त सामग्रियों जैसे कि सर्जिकल सूत, कैथेटर, डिस्पोजेबल सामग्री को प्रतिस्थापित करें।

19. मुझे उपरोक्त सभी बातें मेरी मातृभाषा/मुझे समझ आने वाली भाषा में समझाई गई हैं और मैं अपनी इच्छा से सहमति देता/देती हूं।

20. मैं सभी बिलों का भुगतान करने के लिए सहमत हूं, जिसमें आपातकालीन प्रक्रियाओं के बिल भी शामिल हैं। यदि सर्जरी के दौरान कोई जटिलता उत्पन्न होती है तो उसके उपचार हेतु अलग बिल भी हो सकते हैं, जिन्हें मैं चुकाने के लिए तैयार हूं।

21. नीचे हस्ताक्षर करने वाला अभिभावक मेरी ओर से किसी भी दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर कर सकता है, जिसमें केस पेपर, डिस्चार्ज समरी, जाँच रिपोर्ट व मेरे इलाज से संबंधित कोई भी जानकारी शामिल हो सकती है।

साक्षी:

□

मरीज का हस्ताक्षर:

□

या मरीज की ओर से अधिकृत परिजन/कानूनी अभिभावक का हस्ताक्षर:

□

परिजन/अभिभावक का नाम:

□

तारीख: _____ समय: _____