

അനസ്തേഷ്യ, ശസ്ത്രക്രിയ, മറ്റ് നടപടികൾക്കുള്ള സമ്മതപത്രം

1) ഞാൻ (സ്വയം / രോഗിയുടെ പേര്)

ഡോ. _____

അവരുടെ മേൽനോട്ടത്തിലും നിർദ്ദേശത്തിലും താഴെ പറയുന്ന നടപടികൾ നടത്താൻ അനുമതി നൽകുന്നു:

2) ചെയ്യപ്പെടുന്ന നടപടിയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് വിശദമായി പറഞ്ഞു. എന്റെ സംശയങ്ങൾക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരങ്ങൾ ലഭിച്ചു. നടപടികളിൽ ഉൾപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകൾ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, അവ ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ ഞാൻ നടപടിക്ക് സമ്മതിക്കുന്നു.

3) മറ്റു ചികിത്സാ മാർഗ്ഗങ്ങളെക്കുറിച്ചും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ആവശ്യമെങ്കിൽ രക്തം നൽകുന്നതടക്കമുള്ള നടപടികൾ സ്വീകരിക്കാൻ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

4) നടപടികൾക്കിടയിൽ മറ്റ് രോഗാവസ്ഥകൾ കണ്ടെത്തുകയാണെങ്കിൽ, അവ ശരിയാക്കുന്നതിനാവശ്യമായ നടപടികളും ഡോക്ടർ ചെയ്യാൻ ഞാൻ അനുമതി നൽകുന്നു.

5) നടപടികൾക്കിടയിൽ ഡോക്ടർക്ക് ആശുപത്രി ജീവനക്കാർ, നെസിഡ്സ്റ്റാർ, മറ്റു ഡോക്ടർമാർ, സർജൻമാർ, നഴ്സുമാർ എന്നിവരുടെ സഹായം ഉപയോഗിക്കാമെന്നും, അതിന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നതുമാണ്.

6) ജനറൽ അനസ്തേഷ്യ നൽകുമ്പോൾ ശ്വാസകുഴലിൽ ട്യൂബ് (എൻഡോട്രാക്കിയൽ ഇൻറുബേഷൻ) ഇടേണ്ടി വരാം. ഇതു മൂലം തൊണ്ടവേദനയോ ശബ്ദം കെട്ടുപോകലോ സംഭവിക്കാം. പല്ലുകൾ അലയുകയോ പൊട്ടുകയോ ചെയ്യാനും സാധ്യതയുണ്ട്. ശ്വാസകോശസംബന്ധമായ പ്രശ്നങ്ങൾ ഉണ്ടാകുകയാണെങ്കിൽ, ശ്വാസനം സഹായിക്കുന്നതിനായി വെന്റിലേറ്റർ വേണമെന്നുവരാം. അപകട മരണസാധ്യത വളരെ അപൂർവമാണെങ്കിലും, ഏതൊരു ശസ്ത്രക്രിയയിലും അനസ്തേഷ്യയിലും അത് പൂർണ്ണമായും ഒഴിവാക്കാൻ കഴിയില്ല.

7) അനസ്തേഷ്യയുടേയും ശസ്ത്രക്രിയയുടേയും അപകടസാധ്യതകൾ — ജീവൻ അപകടത്തിലാക്കുന്നതോ ചെറിയതോ — ഉണ്ടാകാം എന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, അത് സ്വീകരിക്കാൻ ഞാൻ തയ്യാറാണ്.

ചിലപ്പോൾ സുഖപ്പെടുന്നതിനുള്ള കാലയളവ് കുറച്ച് ആളുകൾ വരെ നീളാൻ ഇടയുണ്ട്.

8) ശസ്ത്രക്രിയ ജനറൽ / സ്പൈനൽ / ലോക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ അനുയോജ്യമായ മറ്റേതെങ്കിലും അനസ്തേഷ്യയിൽ നടത്താമെന്ന് ശസ്ത്രക്രിയ വിദഗ്ദ്ധനും അനസ്തേഷിയോളജിസ്റ്റും ചേർന്ന് തീരുമാനിക്കും.
ഡോ. _____

9) അലർജിക് റിയാക്ഷനുകൾ ഉണ്ടാകാം. എനിക്ക് ഉണ്ടായിട്ടുള്ള അലർജികളെക്കുറിച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കുന്നത് എന്റെ ഉത്തരവാദിത്വമാണ്.

10) മുൻപ് നടത്തിയ ശസ്ത്രക്രിയയിലും അനസ്തേഷ്യയിലും എനിക്ക് പ്രശ്നങ്ങൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, അത് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കണം.

11) നടപടിയുടെ ഫലത്തെക്കുറിച്ച് അല്ലെങ്കിൽ പൂർണ്ണമായ രോഗശാന്തിയെക്കുറിച്ച് ഡോക്ടർ എനിക്ക് ഉറപ്പ് നൽകിയിട്ടില്ല. ചിലപ്പോൾ ഒന്നിലധികം നടപടികൾ ആവശ്യമാവാം, അടിയന്തിര ശസ്ത്രക്രിയ വേണമെന്നുവരാം. അതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

12) ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെയോ ശേഷം രക്തം നൽകേണ്ടിവന്നേക്കാം. പൊരുത്തമുള്ള രക്തം നൽകാൻ ആവശ്യമായ മുൻകരുതലുകൾ എടുക്കും. എങ്കിലും ചിലപ്പോൾ അപകടങ്ങൾ സംഭവിക്കാം, അത് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

13) എന്റെ ശരീരത്തിലെ അനുയോജ്യമായ ഭാഗങ്ങൾ ശാസ്ത്രീയമായോ വിദ്യാഭ്യാസപരമായോ ആവശ്യങ്ങൾക്ക് നിരീക്ഷിക്കാനും, ഫോട്ടോഗ്രാഫ് ചെയ്യാനും, വീഡിയോ എടുക്കാനും, ടെലിവിഷൻ പ്രക്ഷേപണം നടത്താനും എന്റെ സമ്മതം നൽകുന്നു. എന്നാൽ എന്റെ തിരിച്ചറിയൽ വെളിപ്പെടുത്തരുത്.

14) നടപടിക്കിടയിൽ ശരീരത്തിൽ നിന്ന് നീക്കം ചെയ്യുന്ന ടിഷ്യു / അവയവങ്ങൾ ആശുപത്രി തള്ളിപ്പൊക്കുന്നതിനും സമ്മതിക്കുന്നു.

15) എന്റെ ചികിത്സ സംബന്ധിച്ച് ഡോക്ടറുടെ നിർദ്ദേശങ്ങൾ ഞാൻ വിശ്വാസപൂർവ്വം പിന്തുടരാൻ തയ്യാറാണ്.

16) ആശുപത്രിയിൽ ലഭ്യമായ സൗകര്യങ്ങളും ലഭ്യമല്ലാത്ത സൗകര്യങ്ങളും എനിക്ക് അറിയാം.

17) ആശുപത്രിയിൽ ഉപയോഗിക്കുന്ന മരുന്നുകളും ഇൻഫ്യൂഷൻ ബോട്ടിലുകളും സിറിഞ്ചുകളും ആശുപത്രിയിൽ നിർമ്മിച്ചതല്ല.

സാധാരണ കമ്പനികളിൽ നിന്നുള്ള മരുന്നുകളാണ് ഉപയോഗിക്കുന്നത് എന്ന് എനിക്ക് അറിയാം.

18) എന്റെ / എന്റെ ബന്ധുവിന്റെ ഉത്തരവാദിത്വമാണ് ആവശ്യമായ മരുന്നുകൾ സമയം തെറ്റാതെ മതിയായ അളവിൽ എത്തിക്കുക. ആശുപത്രി ഉപയോഗിക്കുന്ന സ്യൂചർ, കാത്തറർ, ഡിസ്പോസിബിൾസ് എന്നിവ പകരം നൽകണം.

19) ഇവയെല്ലാം എനിക്ക് എന്റെ മാതൃഭാഷയിലോ എനിക്ക് മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിലോ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. എന്റെ സ്വമേധയാ സമ്മതം നൽകുന്നു.

20) അടിയന്തര നടപടികൾ ഉൾപ്പെടെ എല്ലാ ചികിത്സാ ചെലവുകളും ഞാൻ അടയ്ക്കും. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടയിൽ പ്രശ്നങ്ങൾ ഉണ്ടായാൽ അവ പരിഹരിക്കുന്നതിനും അതിന്റെ അനുബന്ധ ഫലങ്ങൾക്കും പ്രത്യേകം ബിൽ ഉണ്ടാകാം എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

21) എന്റെ രക്ഷിതാവ് / ബന്ധു എന്റെ പേരിൽ കേസ് പേപ്പർ, ഡിസ്ചാർജ് സമ്മനി, പരിശോധനാ ഫലങ്ങൾ, ചികിത്സ സംബന്ധിച്ച രേഖകൾ എന്നിവ സ്വീകരിക്കാനും അവയ്ക്ക് ഒപ്പുവയ്ക്കാനും അധികാരപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്നു.

സാക്ഷി: _____

രോഗിയുടെ ഒപ്പ്: _____

അഥവാ ബന്ധു / നിയമപരമായ രക്ഷിതാവ്: _____

പേര്: _____

തീയതി: _____ **സമയം:** _____