**Shraddha Hospital**

*Sr.No. 43 Parashar Society Pune Nagar Road Chandannagar*

*Pune.14 . Tel. : 020-27012324 , Mob. : 9011052829*

Reg.No. **Click here to enter text.**

Name: **Click here to enter text.** Age: **Click here to enter text.**yrs. Sex: **Click here to enter text.**

Address: **Click here to enter text.**

Provisional Diagnosis: **Click here to enter text.** D.O.A.: **Click here to enter a date.**

Final Diagnosis: **Click here to enter text.** D.O.D.: **Click here to enter a date.**

Procedure: **Click here to enter text.**

Relatives Name: **Click here to enter text.**

Address: **Click here to enter text.** Signature/Thumb Impression

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Findings** | **Treatment** | **Remarks** |
|  | **H/O** 9 months amenorrhea | **Adv. Admission** |  |
|  | **C/O** PV bleeding/Leaking/pain in abd | **Posted for emergency LSCS** |  |
|  | **O/H** **G: 1 A: 0 P: 0 L**:0 | **Written consent** |  |
|  | **G1:** | **TPR/BP Chart** |  |
|  | **G2**: | **W/F FHS** |  |
| Blood Group | **LMP: EDD:** | **W/F PV bleeding** |  |
| “ ” positive | **O/E S/B Dr.Sanjiv Jadhav** | **NBM** |  |
| HIV - ve | **P- min/r BP- mm/Hg** | **Inform SOS** |  |
| HbsAg - ve | **FHS- min/r** | Blood send for cross matching / grouping |  |
| Hb \_\_\_\_gm | **RS/CVS- NAD** | Cap Ampiciline - 500mg given orally |  |
| (S.H.- / / ) | **P/A full turm Vx Fix** | IV DNS started |  |
| B.T/C.T | **P/V OS 1cm 60% effeced** |  |  |
| \_\_\_min/\_\_\_min | Membrance present. |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | संमती पत्र  पेशंटची माहिती | | | | नातेवाईकांची माहिती |  |  | | |
|  | नांव: | |  | | नांव: |
|  | लिंग: पुरुष / स्त्री वय वर्षे | | | | लिंग: पुरुष / स्त्री वय वर्षे |
|  | रजि.नं.: | |  | | पत्ता: |
|  | रोगनिदान: | |  | |  |
|  | शस्त्रक्रियेचे नांव: | |  | | पेशंटशी नाते: |
|  |  | |  | |  |
|  | मी, | |  | | खालील सही करणार |  | | |
|  |  | |  | |  |  |  |  | | |
|  | माझे स्वतःवर / वरील पेशंटवर उपरिनिर्दिष्ट शस्त्रक्रिया व औषधोपचार / तपासण्या / भूल उपचारपद्धती | | | | | | | |
|  | इत्यादींकरिता पुढीलप्रमाणे माझे संमती पत्र देत आहे. | | | | |  |  |  | | |
|  | १) सदर औषधोपचार/तपासण्या / शस्त्रक्रिया उपचारपद्धतींची आवश्यकता न केल्यास होणारे परिणाम, आणि ऑपरेशनखेरीज | | | | | | | |
|  | अन्य उपचारांमधील धोके व तोटे हे सर्व , मला डॉ. | | |  | |  |  |  | | |
|  | यांनी समजावून दिले आहेत. | | |  | |  |  |  | | |
|  | २) कोणतेही ऑपरेशन संपूर्णतः सुरक्षित नसते व औषधोपचार / तपासण्या /शत्रक्रिया /उपचारपद्धती या भुलेमुळे जीवाला धोका | | | | | | | |
|  | व इजा होण्याची शक्यता सर्वसाधारणपणे निरोगी असणाऱ्या व्यक्तीलासुद्धा असते याची मला स्वच्छ कल्पना दिली गेली आहे. | | | | | | | |
|  | ३) जादा रक्तस्त्राव,जंतुबाधा,हृदय बंद पडणे व फुफ्फुसात रक्ताची गुठळी अडकणे हे व यासारखे अकल्पित / अकस्मित इतरही | | | | | | | |
|  | काही धोके शस्त्रक्रियेतून वा भूल देण्यातून उदभवू शकतात याची कल्पना मला डॉक्टरांनी दिली आहे . | | | | |  |  | | |
|  | ४) औषधोपचार / तपासण्या / शत्रक्रिया / उपचारपद्धती करताना डॉक्टरांना काही कारणाने शस्त्रक्रिया व भुलेचे स्वरूप बदलावे | | | | | | | |
|  | लागले तर तसेचअत्यावश्यक वाटल्यास एखादा अवयव वा भाग काढून टाकावा लागल्यास,अशा बदलास माझी संमती गृहीत | | | | | | | |
|  | आहे व तशी मला कल्पना दिली आहे . | | |  | |  |  |  | | |
|  | ५) वरील ऑपरेशन व संबंधित भूल यांच्यानंतर क्वचित फायदा होण्याऐवजी अन्य त्रास चालू होऊ शकतो. | | | | |  |  | | |
|  | उदा. | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | |
|  | पण तो टाळण्यासाठी व झाल्यास सुधारण्यासाठी आवश्यक ती काळजी | | | | |  |  |  | | |
|  | डॉक्टर (सर्जन) | | |  | |  |  |  | | |
|  | व डॉक्टर (भुलतज्ञ) | | |  | |  |  |  | | |
|  | आणि जरूर वाटल्यास त्यांनी सुचविलेले इतर डॉक्टर घेतील याचा मला विश्वास आहे व संभाव्य धोक्याची मला कल्पना दिली | | | | | | | |
|  | आहे. |  | |  | |  |  |  | | |
|  |  | वरील सर्व मजकूर मी वाचला आहे. / | | मला वाचून दाखविण्यात आला आहे. | |  |  |  | | |
|  |  | मला तो समजला आहे व यास माझी | | संपूर्ण मान्यता आहे. | |  |  |  | | |
|  |  |  | | | |  |  |  | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | |

साक्षीदार साक्षीदार पेशंट / नातेवाईक

सही: सही: सही आणि / किंवा डाव्या हाताचा अंगठा

नांव : नांव :

पत्ता: पत्ता:

वय: वर्ष ता. / / वय: वर्ष ता. / /