|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Shraddha Hospital** | | | | | | | |  | | |
| Sr.No. 43, Parashar Society, Pune Nagar Road , Chandannagar, | | | | | | | |  | | |
| Pune -14 . Tel. : 020- 27012324 , Mob. : 9011052829 | | | | | | | |  | | |
|  |  | |  | |  | | |  |  |  | | |
|  | Reg.No. | |  | |  | | |  |  |  | | |
|  | Name : | |  | | Age : Sex : | | |  |  |  | | |
|  | Address : | |  | |  | | |  |  |  | | |
|  | Provisional Diagnosis : | | | | D.O.A. | | |  |  |  | | |
|  | Final Diagnosis : | | | | D.O.D. | | |  |  |  | | |
|  | Procedure : | | | |  | | |  |  |  | | |
|  | Relatives Name : | | | |  | | |  |  |  | | |
|  | Address : |  | | | Signature / Thumb Impression | | |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  | Date | Findings | | | Treatment | | Remarks |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | |  |  |  | | |
|  |  | 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. / /