


operation/procedure, to the patient/patient representatives. I am confident that he / she has understood the information fully as described in this document.

मैं, अद्योक्ता/रित डॉक्टर □ मुख्य सर्जन/ □ सर्जिकल टीम के सदस्य से सहाय/सहाय प्रतिनिधियों को योजनाबद्ध और/या प्रक्रिया की प्रकृति, संभावित जोखिम और जटिलताओं, अपेक्षित लाभ, अपेक्षित पोस्ट-प्रक्रिया पाठ्यक्रम, कठिनाई और संभावित विकल्पों के बारे में पूरी तरह से समझाया है। मुझे विश्वास है कि उसने इस दस्तावेज में वर्णित जानकारी को पूरी तरह से समझ लिया है।

Consent obtained by | द्वारा प्राप्त सहमति:

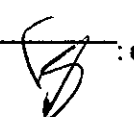
डॉक्टर चिकित्सक	Signature हस्ताक्षर	Name नाम	Date तारीख	Time समय
		Dr. Sagar Sapru	18/10/24	9pm

Does this patient/procedure require an *additional* HIGH RISK consent?
क्या इस रोगी/प्रक्रिया के लिए अतिरिक्त उच्च जोखिम सहमति की आवश्यकता है?

☒ YES
हाँ

☐ NO
नहीं

Procedure to be performed by | द्वारा निष्पादित की जाने वाली प्रक्रिया :

1. Doctor : डॉक्टर :  Signature : हस्ताक्षर :
Date : 18/10/24 Date : 18/10/24
Time : 9pm Time : 9pm

2. Doctor : डॉक्टर : _____ Signature : हस्ताक्षर : _____
Date : _____ Date : _____
Time : _____ Time : _____

3. Doctor : डॉक्टर : _____ Signature : हस्ताक्षर : _____
Date : _____ Date : _____
Time : _____ Time : _____

4. Doctor : डॉक्टर : _____ Signature : हस्ताक्षर : _____
Date : _____ Date : _____
Time : _____ Time : _____