

Nerve block / नसब्लॉक Alternatives / विकल्प With sedation / बेहोशी के साथ Without sedation / बेहोशी के बिना General anesthesia / जनरल एनेस्थीसिया Epidural / एपीड्यूरल Spinal / स्पाइनल Others / अन्य	Technique तकनीक	Drug injected near nerves causing loss of sensation to the area of the operation to be performed नसों के पास दवा को इंजेक्ट करने के कारण ऑपरेशन किये जाने वाले क्षेत्र में संवेदना महसूस न होना ।
	Expected Results अपेक्षित परिणाम	Temporary loss of feeling and /or movement of specific limb or area अस्थायी रूप से सुन्न होना और / या विशेष अंग या क्षेत्र में हरतक महसूस न होना ।
	Major Risk प्रमुख जोखिम	Convulsion, persistent numbness, residual pain, infection, injury to blood vessels, allergic reaction, local anesthesia toxicity. झटका या दौरा पड़ना, दिवस्थायि सुन्न होना, शोश् दर्द, संक्रमण, ब्लडवैसेल में हानि, एलर्जी विपरीत प्रतिक्रिया, लोकल एनेस्थीसिया विषाक्त प्रभाव ।
Monitored Anesthesia Care / मॉनीटर्ड एनेस्थीसिया केयर Alternatives / विकल्प Sedation / बेहोशी General Anesthesia / जनरल एनेस्थीसिया Spinal / स्पाइनल Epidural / एपीड्यूरल	Technique तकनीक	None कोई नहीं
	Expected Results अपेक्षित परिणाम	Measurement of vital signs, availability of anesthesia provider for diagnosing and treating patient's clinical problems. महत्वपूर्ण संकेतों का मापन, रोगियों के रोग-विषयक समस्याओं के निदान और उपचार के लिए एनेस्थीसिया प्रदान की उपलब्धता में कार्य करना ।
	Major Risk प्रमुख जोखिम	Awareness, anxiety and /or procedure related discomfort. जागरूकता घबराहट और / प्रक्रिया संबंधी असुविधा ।
(Arterial / Venous) Vascular cannulation / (धमनि / बड़ी नस)	Technique तकनीक	Cannulation of artery and large vein. शुद्ध रक्त वाहिनी और बड़ी नसों का कैन्युलेशन
	Expected Results अपेक्षित परिणाम	Measurement of invasive arterial pressure/fill-up pressure. इनवेसिव शुद्ध रक्तवाहिनी के दबाव / भरे हुए दबाव का मापन
	Major Risk प्रमुख जोखिम	Hematoma, bleeding, ischemia related complications. हेमाटोमा, रक्त का बहना, स्थानिक अरक्तता संबंधित समस्याएं

I understand that these risks apply to all forms of anesthesia and that additional risk specific for the type of anesthesia as applicable in my case and marked above have been explained to me as well. I understand that the type(s) of anesthesia service checked above will be used for my procedure and that the anesthesia technique to be used is determined by many factors including my / my patient's physical condition, the type of procedure my doctor is planning to do according to his or her preferences, as well as my own desire.

मैं समझता हूँ कि ये जोखिम एनेस्थीसिया के सभी रूपों पर लागू होते हैं और वह अतिरिक्त जोखिम जो मेरे मामले में लागू एनेस्थीसिया के प्रकार के लिए विशिष्ट है और जो उपर चिन्हित किये गए हैं मुझे समझाया गया है । और यह कि इस्तेमाल की जानेवाली एनेस्थीसिया तकनीक का उपयोग मेरे / मेरे रोगी के शारीरिक स्थिति सहित कई कारणों द्वारा निर्धारित किया जाता है, जिस प्रकार की प्रक्रिया मेरे डॉक्टरों या उनकी पसंद के अनुसार करने की योजना बना रहा है, साथ ही साथ मेरी अपनी इच्छा से भी।

It has been explained to me that sometimes an anesthetic technique which involves the use of local anesthesia, with or without sedation, may not succeed completely and therefore another technique may have to be used including general anesthesia.

यह मुझे समझाया गया है कि कभी-कभी एनेस्थीसिया तकनीक जिस में लोकल एनेस्थीसिया का उपयोग किया जाता है, जिस में बेहोश करने की क्रिया का उपयोग किया या नहीं किया जाता हो, पूरी तरह से सफल नहीं हो पाते हैं और इसलिए दूसरी तकनीक का उपयोग करना पड़ सकता है जैसे की सामान्य एनेस्थीसिया ।

My doctor has explained that I / my patient has / मेरे डॉक्टर ने समझाया है कि मुझे / मेरे रोगी को _____

co-existing diseases which may complicate the anesthesia procedure / जैसी सह-मौजूदा बीमारी है जो एनेस्थीसिया प्रक्रिया को जटिल कर सकती है ।

I certify and acknowledge that I have read this form or had it read to me, that I understand the risk, alternative and expected result of the anesthesia service as well as post-operative pain management alternatives and that I had ample time to ask questions and to consider my decision.

मैं एनेस्थीसिया सेवा के जोखिम, विकल्प और अपेक्षित परिणाम के साथ-साथ पोस्ट ऑपरेटिव दर्द प्रबंधन विकल्पों को समझता हूँ और मेरे पास सवाल पूछने और अपने फैसले पर विचार करने का पर्याप्त समय था ।

Signature of Patient / रोगी के हस्ताक्षर : _____

Signature of Patient's Relative / Witness / रोगी के अभिभावक / गवाह के हस्ताक्षर : _____

Relation with patient / रोगी के साथ संबंध : _____